

L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-SIXIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1888

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique

Par H. Hallopeau,

Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les modes de réaction que peuvent provoquer dans l'organisme humain les substances étrangères à sa constitution qui y pénètrent accidentellement ou comme médicaments sont, à juste titre, considérés comme très variables ; si, en effet, ils se rapportent, dans la grande majorité des cas, à un petit nombre de types bien déterminés et faciles à reconnaître, ils se présentent parfois sous une forme tellement insolite qu'ils surprennent les médecins les plus expérimentés et peuvent conduire à de lourdes erreurs de diagnostic et, ce qui est plus grave, de thérapeutique.

Il suffit de parcourir les publications récentes de Mistress Bradley (1) de M. Prince A. Morrow (2) ou le traité de M. Hardy (3) pour se convaincre qu'il en est ainsi pour l'iode et ses dérivés. Nous avons nous-même antérieurement contribué à faire connaître plusieurs des accidents qu'ils peuvent anormalement provoquer (4), et particulièrement les nodosités douloureuses sous-dermiques qui simulent des tumeurs gommeuses ou des nodosités rhumatismales, et les éruptions pemphigoïdes à contenu concret. On doit à M. E. Besnier la description d'une acné anthracoïde d'origine iodique (5) et à M. Fournier une remarquable étude sur le purpura iodique (6).

La dermatose que nous venons d'observer chez un malade de notre service et qui fait l'objet de ce travail prend place parmi les affections pemphigoïdes. *Elle a différé de toutes celles dont les observations ont été publiées jusqu'ici par la production, consécutivement aux bulles, de cicatrices déprimées et de végétations condylomateuses, par les déformations qui en sont résultées et par les graves lésions oculaires qui se sont développées concurremment.* Pour faire mieux ressortir l'intérêt qu'a présenté son histoire clinique, nous

(1) Elisabeth Bradley : *L'iodisme.* (Thèse de Paris 1887).

(2) Prince A.-Morow. *Drug Eruptions.* New-York 1888.

(3) A. Hardy : *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1886, page 183.

(4) H. Hallopeau. *Des éruptions pemphigoïdes d'origine iodique.* (Bulletins de la Société des hôpitaux 1881). — *Sur deux manifestations rares de l'iodisme.* (Bulletins de la Société de thérapeutique 1885).

(5) E. Besnier : *Un cas d'éruption bulleuse due à l'iodure de potassium. — Un cas d'éruption anthracoïde due au même agent.* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1887).

(6) A. Fournier. *Du purpura iodique.* (*Revue mensuelle de médecine* 1877).

montrerons d'abord le malade tel qu'il s'est offert à notre observation, constituant un problème des plus difficiles à résoudre ; nous indiquerons ensuite comment nous sommes arrivé, par l'étude des phénomènes qui se sont produits sous nos yeux et des antécédents, à reconnaître la nature de son affection ; nous essaierons, en terminant, de montrer les enseignements qui en résultent pour la connaissance de l'iodisme.

Le 1er octobre 1887, jour où nous reprenons, après une absence de deux mois, posession de notre service, M. Lobstein, qui remplit alors les fonctions d'interne, nous signale comme particulièrement intéressant le nommé H. C..., couché au n° 69 de la salle Bichat.

Agé de 48 ans, cuisinier de son état, c'est un homme grêle, de petite taille et de chétive apparence ; il est entré le 5 septembre, pour une éruption intéressant surtout la face et les membres supérieurs ; elle persiste encore aujourd'hui et défigure le malade. Elle est actuellement constituée par des dépression cicatricielles que surmontent, en différents points de leur surface et surtout à leur pourtour, des végétations ; plusieurs d'entre elles sont recouvertes de croûtes. Elles occupent la plus grande partie de la face.

Leur forme est irrégulièrement arrondie ; leurs dimensions varient le plus souvent entre celle d'un grain de chènevis et celle d'un pois, et peuvent atteindre celle d'une pièce de cinquante centimes ; elles sont isolées ou groupées en surfaces polycycliques qui mesurent parfois plusieurs centimètres de diamètre. Les parties déprimées sont, les unes rosées ou violacées, les autres décolorées. Les végétations, disposées d'ordinaire circulairement autour des parties déprimées, sont de dimensions très variables ; beaucoup font une saillie de plusieurs millimètres ; les unes sont très fines et pédiculées, les autres offrent une grande ressemblance avec les condylomes vénériens. Leur coloration est le plus habituellement rosée.

La présence de croûtes en différents points indique que les lésions sont encore en activité.

L'examen des différentes parties de la face donne les résultats suivants : sur le front, on voit, au-dessus de l'œil gauche, une dépression polycyclique recouverte et entourée de végétations ; elle mesure environ trois centimètres de diamètre ; plus haut se trouve une croûte arrondie, d'un brun jaunâtre. Les paupières de l'œil droit sont le siège de dépressions cicatricielles et végétantes qui s'étendent sur la joue droite. Les mêmes lésions s'observent sur les arcades sourcilières, particulièrement à leur partie interne.

Le nez est très altéré et déformé ; toute la peau qui le recouvre présente un aspect cicatriciel comme vernissé et une coloration rosée. Sur sa partie médiane, près de son lobule, on voit une croûte large et épaisse, d'un blanc jaunâtre ; la partie inférieure de la cloison et le bord libre des narines sont épaissis ; celles-ci semblent en même temps rétractées, de telle sorte que leur rebord est excavé, comme si elles avaient subi une perte de substance ; leur aspect rappelle beaucoup celui qu'elles offrent dans certains lupus. La tuméfaction des parties jointe à leur rétraction gêne singulièrement l'entrée de l'air dans les fosses nasales.

Une bride cicatricielle saillante est tendue entre la racine du nez et la partie correspondante du front. Sur la lèvre supérieure, les saillies végétantes sont relativement grosses et de coloration brûnâtre, quelques-unes sont recouvertes de croûtes ; si on enlève celles-ci, on constate que la peau sous-jacente est finement végétante. Sur tout le menton et la partie cutanée de la lèvre inférieure sont groupées de nombreuses végétations très confluentes et irrégulières.

Des lésions analogues existent sur la joue gouche, au devant du pavillon de l'oreille ; ce sont encore des cicatrices irrégulièrement circulaires entourées et surmontées de végétations ; on en voit de semblables sur le pavillon de l'oreille gauche, où elles occupent surtout la partie antérieure du lobule et avancent sur la concavité de l'anthélix.

Une cicatrice semblable, avec saillies végétantes, est situé sur le côté gauche du cou. Les ganglions cervicaux ne sont pas tuméfiés.

Sur la face dorsale de la main gauche, une cicatrice s'étend transversalement du bord

radial au quatrième métacarpien, verticalement de la première phalange de l'annulaire au poignet ; sa surface est violacée. Son rebord polycyclique est formé de végétations confluentes, plus volumineuses que celles de la face.

Sur le dos de l'avant-bras correspondant, on remarque trois cicatrices surmontées de végétations peu colorées, dont quelques-unes semblent translucides ; elles simulent presque des vésicules, mais la piqûre n'en fait pas sortir de liquide.

Au coude, on voit une cicatrice arrondie.

Sur le dos de la main droite est une large plaque cicatricielle, d'un rouge violacé, mesurant sept centimètres de diamètre. Elle atteint inférieurement les articulations métacarpo-phalangiennes et s'étend verticalement à trois travers de doigt au-dessus du poignet. Elle est limitée par un bord saillant, polycyclique, que constituent des végétations sessiles, recouvertes presque partout de croûtelles. Dans l'aire ainsi circonscrite, se trouvent compris plusieurs cercles également limités par des bords végétants et croûteux (la pièce a été moulée par M. Baretta et figure au musée de l'hôpital Saint-Louis nº 1284).

L'avant-bras correspondant présente des lésions très analogues à celles que nous avons signalées du côté gauche.

Il existe sur le dos de la verge une cicatrice décolorée ; elle s'est produite, d'après le dire du malade, consécutivement à une bulle.

Au niveau du coccyx, à la naissance du pli interfessier, se trouve une ulcération circulaire à bords nets ; elle est recouverte de bourgeons charnus, elle mesure environ un centimètre de diamètre.

La langue est altérée, on y voit des sillons assez profonds qui, en s'entre-croisant, donnent à sa face dorsale un aspect mamelonné ; sa surface est blanchâtre.

Les conjonctives sont injectées ; du côté gauche, la cornée présente une ulcération serpigineuse avec staphylome et synéchie antérieure ; sa surface est transformée, dans la plus grande partie de son étendue, en une cicatriee opaque et vasculaire.

On note, à l'œil droit, un léger trouble de la partie supérieure de la cornée et une injection vive de la conjonctive.

Les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

Le malade tousse souvent et expectore abondamment ; il a de la dyspnée et accuse des douleurs vagues dans les parois thoraciques. L'examen physique de la poitrine dénote une submatité nettement caractérisée dans les fosses sous-claviculaire et sus-épineuse du côté gauche ; dans la même région, l'on perçoit des râles humides et de la respiration soufflante ; dans toute l'étendue du thorax, on entend de nombreux râles sibilants et ronflants.

Si le diagnostic des lésions pulmonaires ne pouvait laisser de place au doute, l'affection cutanée soulevait au contraire les problèmes les plus difficiles. Nous nous trouvions en présence d'une éruption dont les caractères ne se rapportaient à aucune description classique. Nous savions, par le dire du malade et par les faits observés dans notre service même le mois précédent, que ces cicatrices et ces végétations s'étaient produites à la suite d'éruptions bulleuses; mais quelle pouvait être la nature de ces éruptions? Le malade ne donnait que des enseignements vagues, incomplets et souvent contradictoires sur ses antécédents. Il rapportait qu'il avait eu, vingt ans auparavant, un chancre induré, qu'il avait été soigné jadis pour des accidents syphilitiques, mais que son affection actuelle, de date récente, s'était développée dans le cours du mois d'août, pendant un séjour qu'il avait fait à l'hôpital Saint-Antoine.

En présence de phénomènes aussi insolites, nous avons dû montrer H. C... à nos collègues plus anciens de l'hôpital Saint-Louis, ainsi qu'à notre excellent maître M. le professeur Hardy ; tous nous déclarèrent n'avoir jamais rien observé de semblable ; l'un d'eux révoqua en doute les assertions du malade relativement à la date récente qu'il attribuait à ses accidents,

et considéra comme très probable l'existence d'un lupus ancien avec des lésions surajoutées: nous verrons bientôt qu'il n'en était pas ainsi. D'autres pensèrent à une manifestation anomale de la syphilis; le début par des bulles, les végétations consécutives, la confluence des lésions, l'acuité des poussées, rendaient ce diagnostic peu vraisemblable. Les élèves du service m'avaient donné, comme provenant de M. Brocq, le diagnostic du pemphigus végétant de Neumann; mais notre collègue nous a déclaré qu'il ne s'était pas arrêté à cette opinion, qu'il avait d'emblée, ainsi que M. Besnier, soupçonné une éruption artificielle, et que les dénégations absolues du malade l'avaient fort surpris. Il a dû être possible, en effet, d'arriver à cette hypothèse, lorsque l'on s'est trouvé en présence des éruptions bulleuses en évolution, car elles ont des caractères tout particuliers; mais la situation était toute différente lorsque les lésions initiales avaient fait place soit à des croûtes, soit à des cicatrices surmontées de végétations; il en était ainsi lorsque nous avons examiné H. C... pour la première fois; nous avons dû constater qu'il n'existait dans la science aucun fait analogue; l'observatiou ultérieure du malade, jointe à l'étude attentive de ses antécédents, sur lesquels il ne renseignait que très incomplètement, pouvait seule permettre de découvrir la nature du mal; ce n'est pas sans difficultés que nous y sommes parvenu.

Dès le 4 octobre, nous prescrivons à H. C..., en raison de la syphilis antérieure, l'*iodure de potassium à la dose quotidienne de 1 gramme.*

Le 8, *une bulle à contenu trouble apparaît sur le dos de la main gauche;* le liquide se concrète en une croûte autour de laquelle se forme un nouveau soulèvement bulleux; sur la face dorsale du poignet, on voit une bulle du volume d'un gros pois; sur la joue gauche, à la limite des lésions anciennes, se développe une traînée circulaire des mêmes éléments que remplit un liquide purulent.

Sur la face dorsale de la langue, près de sa pointe, l'épithélium est soulevé par un liquide puriforme.

A partir du 19 octobre, on cesse l'usage de l'iodure. Les bulles se sèchent et font place à des croûtes qui, au bout de quelques jours, tombent et laissent à leur place des cicatrices superficielles. L'état du malade reste ensuite stationnaire, les végétations s'éliminent en partie, celles qui persistent deviennent moins saillantes. Le malade accuse incessamment des sensations pénibles dans ses cicatrices. Le nez présente actuellement, dans la partie qui était recouverte de croûtes, des cicatrices brillantes, qui forment par places des saillies en forme de brides.

Le 11 novembre, pour répondre aux instances du malade, et aussi aux indications fournies par la syphilis ancienne, nous prescrivons de nouveau *1 gramme d'iodure de potassium.*

Dès le 15 novembre (1), le malade est atteint d'une *fièvre intense,* sa température s'élève à 40°, il est agité et oppressé; une *éruption nouvelle* se fait sur la face dorsale de la langue; des *bulles circulaires,* du volume d'un pois, se sont développées sur la moitié droite de cet organe; l'épithélium soulevé est blanchâtre et comme macéré; en plusieurs points, il s'est détaché, et l'on voit des exulcérations à fond grisâtre, d'apparence couenneuse. Le malade accuse des douleurs vives dans ces parties.

Le 17, on voit sur la face dorsale des avant-bras une *vingtaine de bulles* hémisphériques, pleines, dures, du volume d'un pois; elles sont remplies d'un liquide trouble, épais et consistant; plusieurs siègent à la périphérie d'anciennes cicatrices, ce qui semble bien indiquer qu'il s'agit de lésions de même nature; l'une d'elles renferme du *sang* (le moulage de cette éruption, fait par M. Baretta, est au musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1294).

(1) Nous remercions M. Jeanselme du concours qu'il nous a prêté pour la rédaction de cette partie de notre observation.

Plusieurs de ces bulles sont à l'état naissant, et l'on peut en suivre le développement. Ce sont d'abord des papules hémisphériques, dures, non acuminées; bientôt elles deviennent translucides au centre et se remplissent d'un liquide d'abord louche, puis bientôt puriforme.

Des éléments semblables se sont développés dans la barbe; ce sont des bulles de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de diamètre; quelques-unes sont ombiliquées au centre.

Dès le 18, on cesse l'administration de l'iodure potassique; le malade est soumis à un traitement par le sulfate de quinine, l'extrait thébaïque et l'alcool.

Le 18 novembre, plusieurs des bulles développées sur la face dorsale de la langue se sont réunies et, après s'être ouvertes, ont laissé une ulcération irrégulièrement arrondie, grisâtre et douloureuse.

Le contenu des bulles des avant-bras est devenu hémorrhagique. Entre les grosses bulles sont parsemés çà et là de petits groupes de cinq à dix vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, réunies les unes contre les autres; le tégument qui les entoure présente une coloration nettement érythémateuse.

C'était la deuxième fois que, sous nos yeux, la production de bulles et de troubles de la santé générale coïncidait avec la médication iodurée pour cesser avec elle. Il nous paraissait dès lors extrêmement probable qu'il s'agissait d'éruptions pathogénétiques. Le malade reconnaissait maintenant que, depuis longtemps, l'usage de l'iodure de potassium lui causait des éruptions bulleuses; mais il affirmait qu'elles s'éteignaient rapidement, sans entraîner jamais aucun inconvénient. Pour en avoir le cœur net, et dans l'intérêt même du malade qui, se sachant syphilitique, avait pour ainsi dire la manie de l'iodure, demandait sans cesse avec instance qu'on lui prescrivît ce médicament et devait être mis en garde à l'avenir contre les dangers qu'il lui faisait courir (nous verrons plus loin que cette précaution ne devait pas être inutile), nous le lui donnons une dernière fois, le 23 novembre, sous la forme de sirop de Gibert, à la dose d'une cuillerée à soupe, c'est-à-dire que le malade n'ingère quotidiennement que 50 centigrammes d'iodure potassique. Nous nous promettions d'en cesser l'usage à la première alerte : dès le second jour, nous sommes contraint de le faire. Trente-six heures après l'ingestion de la première cuillerée, la face est rouge et tuméfiée, surtout au niveau des paupières; les conjonctives sont le siège de cuissons; il y a un coryza intense. Une réaction fébrile s'est produite en même temps qu'une poussée éruptive.

Le 25 novembre, on voit sur la face de nombreuses bulles hémisphériques, pour la plupart du volume d'un gros pois, remplies d'un liquide citrin; elles sont disposées en groupes de quatre à huit; sur la joue gauche, auprès de la zone végétante précédemment indiquée, un groupe de sept bulles formant une ligne sinueuse s'est développé. Le malade a de la diarrhée.

Le 26 novembre, la fièvre persiste; on remarque de nouvelles bulles.

Le 29 novembre, le pouls est encore accéléré; les éléments bulleux s'affaissent, surtout dans leur partie centrale, ils s'ombiliquent; en même temps, leur contenu se modifie, il devient consistant, d'une couleur jaune verdâtre, semblable à du pus concret.

Le 28 novembre, la fièvre s'est éteinte, les bulles sont recouvertes de croûtes minces qui tombent au bout de quelques jours en laissant des cicatrices.

L'observation était concluante.

Toute incertitude avait cessé relativement à la nature des éruptions bulleuses qui s'étaient succédé chez C...; il s'agissait en toute évidence *d'accidents provoqués par l'ingestion de l'iodure de potassium.* Il restait à démontrer que les *cicatrices* et les *végétations*, si remarquables par leur

disposition, *reconnaissaient la même origine*. L'étude attentive du malade nous a bientôt prouvé qu'il en était réellement ainsi. *Nous avons vu, en effet, nettement les cicatrices consécutives aux bulles que nous avions eues sous les yeux lors de la dernière poussée devenir végétantes; il s'est développé à leur surface des saillies sessiles, petites, car leur volume ne dépassait pas celui d'une tête d'épingle, mais nettement caractérisées et semblables aux petites végétations que nous avions notées précédemment.* Leur exiguité ne peut surprendre si l'on considère que les bulles auxquelles elles avaient succédé s'étaient produites après l'ingestion de deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert. Nous allons voir que le malade avait été soumis antérieurement à des traitements prolongés par ce même médicament; l'on ne saurait s'étonner que son action pathogénétique se soit exercée alors avec plus de puissance et ait amené le développement de ces végétations beaucoup plus volumineuses qui contribuaient à donner à la physionomie de H. C... un aspect si étrange. (*A suivre.*)

Sur le traitement du catarrhe bronchique chronique

Par Bufalini et Martini (1).

Les *Terpènes* (carbures de térébène) qui existent dans un grand nombre d'essences et de baumes et dans quelques résines, sont des hydrocarbures liquides qui correspondent à la formule $C^{10}H^{16}$, ou à un multiple de celle-ci. La plus grande partie de ces corps sont facilement absorbés par l'appareil digestif et respiratoire, et en général ils agissent sur la muqueuse par leurs produits d'élimination, qui sont des Terpènes volatils modifiés qui se retrouvent dans l'air expiré, ou des acides qui se retrouvent dans les urines. Par suite, pour ce qui a rapport au traitement des maladies des voies respiratoires, l'efficacité de ces médicaments est en raison directe de la facilité de leur élimination par la muqueuse aérienne et du peu de troubles qu'ils produisent du côté du tube digestif.

Les médicaments du groupe des *Terpènes* qui sont prescrits dans le traitement des maladies broncho-pulmonaires, sont en nombre très considérable.....

A la clinique de l'Université de Siène, les auteurs de ce mémoire se sont occupés de vérifier l'efficacité de ces divers médicaments.

Voici les principaux résultats qu'ils ont obtenus :

I. Terpine. — L'essence de térébenthine peut former divers hydrates, dont le plus important est la Terpine ($C^{10}H^{16}(H^2O)^2$) dont on emploie l'hydrate qui a pour formule $C^{10}H^{16}(H^2O)_2 + H^2O$: (bihydrate de térébenthène).

A la clinique de Siène, la Terpine est administrée dans les affections broncho-pulmonaires tant aiguës que chroniques, à la dose de 0 gr. 50 centig. à 5 gr. 50 centig. par jour en nature ou en solution alcoolique.

Il n'y a eu aucun trouble du côté du tube digestif (nausées, vomissements, diarrhée). Absence complète d'albumine ou de sang dans les urines et, par conséquent, pas de lésions des voies urinaires. Aucun trouble du côté du système nerveux, aucune influence sur le pouls, la respiration ou la température. Dans quelques cas rares, on a obtenu par les réactifs de Fehling ou de Cappezuoli des traces de glycosurie. Dans les crachats, on a toujours trouvé, au moyen de l'acide sulfurique ou de l'acide chlorhydrique, la réaction de la terpine, qui, inversement, a toujours fait défaut dans l'urine. La quantité des urines n'a pas subi de modifications, malgré l'usage prolongé du médicament.

Le but des auteurs étant surtout d'observer l'action de la terpine sur la muqueuse bronchique dans les maladies des organes respiratoires : tuberculose pulmonaire à un stade plus ou moins avancé, à marche soit rapide, soit torpide; catarrhes bronchiques

(1) Traduit et analysé de la *Terapia Moderna*, n° 7, 1887.

chroniques primitifs ou secondaires, broncho-pneumonies plus ou moins diffuses, aiguës ou subaiguës.

Dans la généralité des cas, la quantité de l'excrétion ne diminue pas : elle est seulement rendue plus fluide, ce qui en facilite beaucoup l'expuition. Dans les crachats des tuberculeux, elle ne fait pas diminuer le nombre des bacilles de Koch. Elle fait seulement disparaître par un usage prolongé les autres micro-organismes et, en particulier, ceux de la putréfaction.

Les auteurs rapportent deux cas de broncho-pneumonies traités par la terpine.

Le premier avait une marche subaiguë et était localisé aux sommets.

Le second était diffus et à marche aiguë.

Dans le premier cas, l'excrétion devint plus fluide; elle subit, en outre, une diminution graduelle notable.

Dans le second on obtint seulement une expectoration plus fluide, mais dont la quantité resta la même.

Les auteurs ont encore recherché si la terpine produisait la désinfection intestinale. Ils affirment que la terpine ne modifie aucunement les processus de putréfaction intestinale.

En somme, l'*unique et constant avantage qu'ils ont reconnu à la terpine, dans les affections des voies respiratoires, est de fluidifier l'excrétion, dont elle diminue rarement la quantité.*

II. Terpinol. — Le terpinol, qui s'obtient en distillant une solution de terpine préalablement bouillie avec de l'eau acidulée d'acide chlorhydrique ou sulfurique, est une substance huileuse, d'une forte odeur de tubéreuse ou de gardenia.

Les auteurs l'ont appliqué à diverses maladies de l'appareil respiratoire, telles que la tuberculose pulmonaire et le catarrhe bronchique chronique. Ils ont débuté par 1 gramme par jour pour arriver à 6 grammes, en émulsion dans de l'huile d'amandes douces avec un mucilage sirupeux. Ils n'ont jamais observé de vomissements, de nausées ni de diarrhées.

Ils ont observé que le terpinol passe constamment en grande quantité, au bout de quelques heures ou d'un jour au plus, dans les urines. On peut l'y retrouver quatre ou cinq jours après la cessation du médicament. Pas de sang ni d'albumine dans les urines. Deux fois seulement la liqueur de Fehling a décélé la présence du sucre.

Le pouls, la respiration, la température n'ont été aucunement influencés.

Il n'y a eu aucune modification dans la quantité de l'excrétion qui a été seulement rendue plus fluide et d'une expuition plus aisée. Dans les cas d'expectoration fétide (bronchite chroniqne putride avec énorme caverne, tuberculose pulmonaire avancée), il a atténué ou diminué la fétidité des crachats au grand soulagement des malades. Les bacilles de la tuberculose, toutefois, n'ont ni disparu ni même diminué.

Ni la quantité, ni la qualité des urines n'ont été influencées par le Terpinol. Dans un cas seulement où il y avait à la fois catarrhe bronchique et catarrhe vésical, on a vu les urines, de troubles et sédimenteuses, devenir limpides et perdre leur odeur putride.

III. Huile de cèdre. — L'huile de cèdre peut être extraite de l'écorce des fruits du *Citrus Limonum* ou du *Citrus Medica*, ou encore de la distillation du bois de cèdre. Il contient divers *Terpènes* dont le principal est le *Citrène* ($C^{10} H^{16}$), mêlé à une petite quantité d'une combinaison oxygénée, $C^{10} H^{18} O$, hydrate de Citrène.

L'usage thérapeutique de l'huile de cèdre s'est répandu depuis qu'on a introduit dans la pharmacie le citronil et l'hydrate de citronil.

Les indications curatives, la tolérance sont les mêmes que pour l'essence de térébenthine, la terpine, le copahu, le cubèbe, le santal, etc. Pourtant le citronil est parfaitement toléré, tandis que l'huile de cèdre amène toujours des troubles même à la dose de 10 à 20 gouttes par jour (Gastralgie, pyrosis, nausées, vomissements, vertiges). Quant au citronil (citrène et hydrate de citrène), les effets obtenus par les auteurs ont été les mêmes qu'avec le terpine : fluidification de l'expectoration et tolérance facile.

IV. Huile de Santal. — Elle provient de la distillation du bois du *Santalum citrinum*, du *S. album* et encore du *Sirium myrtifolium*. Les auteurs l'ont expérimentée dans les affec-

tions pulmonaires aigües et chroniques, sous la forme de capsules gélatineuses, contenant 60 centigrammes du remède, au nombre de 2 à 8 par jour. Le médicament a été bien supporté par l'estomac et sans irritation de la part des reins, ni éruption cutanée.

L'huile de Santal, rapidement absorbée, s'élimine par la surface respiratoire et par la voie des urines ; on en retrouve l'odeur plusieurs jours après la cessation de l'administration du médicament.

L'haleine acquiert une odeur très forte, dont se plaignent les malades.

Le médicament n'a aucune influence sur le pouls, la respiration, ni la température. L'excrétion ne diminue pas de quantité; seulement, comme avec la terpine et le terpinol, elle devient plus filante et plus liquide et, par suite, d'une émission plus facile. Les crachats étaient d'abord muco-purulents et d'une odeur désagréable : la purulence diminue peu à peu, et enfin disparaît tout à fait. Dans la tuberculose pulmonaire, il ne se produit aucune action sur les bacilles de Koch : mais les autres micro-organismes, et en particulier ceux de la putréfaction, tendent à disparaître. La quantité et la qualité des urines ne subissent pas de variations appréciables, à l'exception de la forte odeur qu'elles acquièrent.

Presque tous les malades auxquels a été administrée l'huile de Santal ont été notablement améliorés, soit par rapport aux conditions locales, broncho-pulmonaires, soit par rapport aux conditions générales ; le poids du corps a constamment augmenté.

V. Hélénine.—L'hélénine, ou camphre de l'*Inula campana*, se retrouve dans les racines de l'*Inula helenium.*

Divers malades ont été soumis par les auteurs à l'usage interne de l'hélénine. Chez aucun on n'a noté d'action ni sur le pouls, ni sur la température. Mais sous l'influence de fortes doses d'hélénine, l'expectoration, qui présentait auparavant des bacilles tuberculeux, ne présentent plus après le traitement que de très nombreux micrococoques libres ou en chaînettes, et aucune trace de bacilles. Sous l'influence de l'hélénine, à la dose journalière de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr., pendant 10 à 12 jours, on a constaté ensuite une légère augmentation dans la quantité de l'expectoration, sans aucune variation dans ses qualités physiques. La quantité de l'urine n'a pas été grandement modifiée.

Beltran a prétendu que l'usage de l'hélénine amenait la constipation. Les auteurs n'ont observé aucun trouble dans les fonctions intestinales.

VI. Herba homeriana (*Poligonum aviculare*). — Au sujet des usages de cette drogue, connue communément sous le nom de Centinodia, dans le catarrhe bronchique et la phthisie, on n'a noté aucune particularité, aucune modification de qualité on de quantité dans l'expectoration.

Il y a une tolérance parfaite et, sans provoquer aucun trouble, on peut administrer en 24 heures, une infusion faite avec 30 ou 40 grammes de cette herbe.

L. Greffier.

BIBLIOTHÈQUE

Mémoires de chirurgie, tome V : Commotion, contusion, tétanos, syphilis et traumatisme, par M. le professeur Verneuil. — Paris, G. Masson, 1888.

La publication des *Œuvres complètes* de M. le professeur Verneuil, sous le titre de *Mémoires de chirurgie*, suit sa marche régulière. Le présent volume renferme tous les travaux relatifs aux sujets indiqués dans le titre, sauf toutefois pour le tétanos, dont l'étude est encore loin d'être terminée, et à laquelle M. Verneuil contribue actuellement pour une large part. Les mémoires sur ce sujet, que nous trouvons dans ce volume, sont pour la plupart antérieurs à l'époque de la doctrine infectieuse et de l'origine équine du tétanos; l'apparition de ces nouvelles théories y est signalée, mais par les premiers documents seulement qui aient été publiés sur la question. On n'y trouvera donc que les mémoires et rapports relatifs à l'anatomie pathologique du tétanos, et surtout au

traitement méthodique par le repos, l'immobilisation, l'isolement du malade, et l'administration interne du chloral, méthode de traitement qui a déjà donné de si beaux résultats à M. Verneuil et à un grand nombre de chirurgiens.

Les chapitres sur la commotion et la contusion sont extraits du *Dictionnaire encyclopédique*; M. Verneuil y a ajouté plusieurs observations tendant à démontrer diverses propositions encore mises en doute à l'époque de la publication de ces articles, en particulier l'influence de la contusion sur le réveil et la localisation des diathèses. On lira encore avec intérêt les chapitres sur les vomissements consécutifs aux opérations chirurgicales et attribués à l'action du chloroforme, et sur les *Petits prophètes de la chirurgie.* Ce dernier, rédigé depuis près de trente ans, était resté inédit, ce qui ne l'avait pas empêché de passer en quelque sorte à l'état de légende.

La partie la plus considérable du volume est relative à la syphilis et à ses rapports avec le traumatisme et diverses diathèses.

Un certain nombre de notes contenues dans ces chapitres ont été le point de départ de travaux plus importants, dont tout l'honneur doit revenir à M. Verneuil. Sans insister sur les indications du traitement de la syphilis, encore assez obscures en 1865, et qu'il a contribué à établir d'une manière beaucoup plus nette, M. Verneuil a bien étudié le premier les affections glandulaires et ganglionnaires de la syphilis, ses manifestations secondaires et tertiaires sur les bourses séreuses et les séreuses articulaires; l'influence réciproque de la syphilis et du traumatisme; les *hybrides de la syphilis*, ou associations morbides de cette diathèse avec le cancer, la scrofule, le paludisme, etc. Plusieurs de ces documents ont paru dans notre journal au cours de l'année dernière, et nous en recommandons vivement la lecture à ceux qui, en Allemagne et en Autriche, croient avoir découvert récemment la combinaison, chez le même malade, de la syphilis et du cancer. — L.-H. Petit.

Résultats statistiques du dénombrement de 1886 pour la ville de Paris et le département de la Seine. — G. Masson, éditeur.

Le gros volume que le service de statistique municipale vient de faire paraître sur le recensement de la ville de Paris est précédé d'une introduction de M. le docteur Jacques Bertillon. Nous y trouvons notamment les renseignements suivants :

La population de Paris a présenté dans notre siècle un accroissement très rapide. Un recensement par feux exécuté en 1328 permet d'évaluer à 250,000 le nombre des Parisiens de cette époque ; en 1801 le recensement en trouve 547,756, et compte 631,585 habitants dans l'ensemble du département de la Seine ; aujourd'hui la Seine en compte 2,961,089, soit tout près de 3 millions, chiffre qui est peut-être atteint à l'heure où nous écrivons.

Les quartiers du centre de la ville n'ont jamais augmenté beaucoup et ont perdu depuis 1881 quelques-uns de leurs habitants. — Au contraire, les quartiers de la périphérie s'accroissent de plus en plus et les communes de la banlieue se peuplent rapidement.

Si l'on compare les chiffres de 1886 à ceux du précédent recensement (1881) on constate que le nombre des Français de naissance est resté stationnaire (2,057,929 en 1881 et 2,057,899 en 1886). — L'augmentation de la population vient tout entière des naturalisés français (22,793 en 1886) et des étrangers (180,253).

Aucune ville de l'Europe ne contient autant d'étrangers que Paris ; dans aucune leur nombre n'augmente aussi rapidement. En 1851 les étrangers n'étaient qu'au nombre de 53,016 ; après la guerre quelques-uns sont partis, mais ils étaient encore 104,586 en 1872. Depuis cette époque leur nombre a presque doublé.

Les nationalités étrangères les plus représentées à Paris sont : les Belges (45,649), les Allemands (30,229), les Suisses (23,781) et les Italiens (22,589). — A en croire les journaux d'outre-Rhin, les étrangers et spécialement les Allemands seraient mal reçus en France ; s'ils y sont si malheureux, pourquoi donc y viennent-ils en si grande foule ?

On prétend souvent que les étrangers domiciliés en France nous apportent leur argent ; cela ne résulte pas du dénombrement. M. Bertillon a pris soin de distinguer les professions des étrangers ; — les rentiers y sont très peu nombreux. La plupart des étrangers

ne viennent pas à Paris pour y dépenser de l'argent, mais pour en gagner. Ils nous apportent le concours de leur travail, mais non pas celui de leurs capitaux.

Cette vue est exacte surtout en ce qui concerne les Allemands, les Italiens, les Belges, les Hollandais, les Suisses ; — elle ne l'est pas en ce qui concerne les Anglais, les Espagnols, les Américains, les Russes ; ce que l'on voit facilement au domicile préféré par chacune de ces catégories d'étrangers, ces derniers habitant presque exclusivement les quartiers de luxe, tandis que les autres vivent dans les quartiers ouvriers. — Beaucoup sont tailleurs, bottiers, ébénistes, peintres en bâtiment, employés de banque, professeurs de langues, artistes. Les étrangers sont nombreux, même dans des professions qui passent pour être très particulièrement parisiennes (bijoutiers, ciseleurs sur métaux, portefeuillistes, etc.). Un quart des étrangers recensés à Paris sont nés sur le sol français.

M. Jacques Bertillon a comparé le recensement des professions de 1886 à celui de 1866, le seul qui ait été assez détaillé pour donner des résultats intéressants. Il a trouvé que, sauf les industries textiles, qui toutes sont en déclin et occupent moins de monde qu'en 1866, presque toutes les professions ont participé à l'augmentation de la population parisienne. En général on peut dire que les industries de luxe ont pris un développement particulier. En ce qui concerne l'industrie du bâtiment, le nombre des décorateurs, mouleurs, etc., a augmenté plus que celui des maçons. Les industries rangées sous la rubrique : « Luxe et plaisir » (bijouterie, bimbeloterie, etc.) ont pris un grand développement. — Les hôteliers, cafetiers, cabaretiers étaient déjà au nombre de 23,000 patrons en 1866 ; il y en avait en 1886, 30,000 ; leurs employés, garçons, etc., ont augmenté dans une proportion plus forte encore que les patrons (17,000 en 1866 et 30,000 en 1886).

Le volume du recensement contient encore sur la population de Paris un très grand nombre de renseignements que nous ne pouvons reproduire ici. L'auteur s'est appliqué à utiliser tous les moyens de contrôle qui lui permettaient de vérifier l'exactitude approximative d'une opération nécessairement sujette à des chances sérieuses d'erreur. Il a établi que les résultats obtenus étaient en général satisfaisants. Paris, ville de travail et aussi ville de plaisir, attire les hommes et spécialement les jeunes hommes de toutes les parties de la France et de toutes les parties de l'Europe. En vain notre ville est injuriée par les étrangers de nations jalouses ou ingrates ; ils ne croient pas aux calomnies qu'ils profèrent contre elle ; car ils y viennent en grand nombre, en trop grand nombre peut-être.

REVUE DES JOURNAUX

La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. — Le docteur R. Trzebicky a publié, dans les numéros 6 et 7 de la *Wiener med. Wochenschrift* (1888), un intéressant article sur la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Il a réuni tous les cas connus, qui sont au nombre de 54. Sur ce total, il y eut 4 morts dues aux conséquences immédiates de l'opération; un malade mourut de tuberculose miliaire aiguë survenue le lendemain de l'intervention chirurgicale; dans un autre cas, la mort se produisit sans qu'aucun exsudat fût constaté dans l'abdomen; un autre patient mourut de tuberculose généralisée sans que la péritonite fût guérie, etc. Dans 40 cas, enfin, on obtint la guérison de la maladie péritonéale, mais trop souvent sans empêcher les progrès de l'affection pulmonaire.

Le plus grand nombre de ces cas a trait à des femmes, ce qui s'explique par ce fait que souvent l'opération a été entreprise par suite d'une erreur de diagnostic et dans le but d'enlever une tumeur de l'ovaire.

Devant les heureux résultats obtenus par König, Hegar, Miculicz, etc., l'auteur pense qu'en présence d'une péritonite tuberculeuse, il faut parfois quitter l'attitude expectante généralement adoptée jusqu'ici. En effet, si l'on n'obtient pas la guérison, on est sûr au moins de débarrasser pour toujours le malade de l'épanchement péritonéal, cause de tant de gêne et de souffrances, et d'améliorer ainsi l'état général.

L'intervention est d'autant plus indiquée que la manifestation péritonéale est primitive, que le sujet n'a pas d'antécédents héréditaires, et qu'en somme la laparotomie,

devenue une opération inoffensive, n'est en compétition avec aucun autre moyen thérapeutique.

Après avoir vidé l'épanchement séro-purulent, certains opérateurs lavent la cavité abdominale avec des solutions d'acide phénique ou de sublimé, et saupoudrent même la séreuse d'iodoforme, d'autres n'emploient aucun antiseptique. Quelques-uns referment complètement la cavité, quelques autres laissent un drain dans la plaie. L'une et l'autre méthode semblent indifférentes pour la guérison de la tuberculose péritonéale. Il faut cependant noter que l'application du drain laisse quelquefois après elle une fistule fort rebelle.

L'auteur termine en rapportant trois observations de la clinique de Miculicz; toutes trois concernent des femmes; dans aucun cas, un diagnostic précis ne put être établi avant l'opération et l'on hésitait entre une péritonite chronique et une tumeur de l'ovaire. La nécropsie confirma, dans le troisième cas, la nature tuberculeuse de l'affection ; dans le second, la même constatation fut faite, grâce à l'examen microscopique et bactériologique. Dans la première observation, le diagnostic tuberculose n'est que probable. L'une des opérées avait été atteinte d'une tuberculose type des organes génitaux; chez les deux autres, les dates du début de la maladie font défaut.

L'opération consista, chez une malade, dans la simple évacuation de l'exsudat péritonéal avec suture complète de la plaie de l'abdomen; dans les deux autres cas, le lavage de la cavité abdominale avec une solution d'acide phénique fut suivi de la suture avec drainage.

Il y eut deux guérisons et une mort par tuberculose généralisée. — Ch. S.

Diagnostic comparatif et traitement de la rage. — Parallèle de la rage, du tétanos et de l'attaque d'hystérie. — Le journal américain, de Saint-Louis, *Alienist and Neurologist* de janvier 1888, donne, d'après le docteur Brower, les considérations intéressantes qui suivent : « Le poison hydrophobique, en ce qui concerne le système nerveux, commence son action dans la moelle allongée, celui du tétanos également dans le même tissu, l'un faisant élection d'activité dans le *nucléus* du pneumogastrique, l'autre dans le *nucléus* du trifacial. Il est donc naturel qu'ils se ressemblent étroitement dans leurs phénomènes de début. Voici toutefois un parallèle qui révèle les points importants de dissemblance entre le tétanos et l'hydrophobie :

TÉTANOS.	HYDROPHOBIE.
Période d'incubation courte; de cinq à dix jours.	Période d'incubation longue; d'un mois à deux ans.
Spasmes toniques.	Spasmes cloniques.
Trismus.	Mâchoire non contracturée, s'ouvrant et se fermant librement.
Physionomie tétanique. Nez tiré en haut, front plissé, *risus sardonicus*.	Physionomie hydrophobique. Traits exprimant l'excitation, l'effroi; agitation particulière.
Soif modérée, et, en général, peu d'aversion pour les liquides administrés en petites quantités; salivation très rare.	Soif et aversion pour les liquides. La vue et le bruit des liquides excitant également un paroxysme. Emission fréquente de salive visqueuse.
Vomissement rare.	Vomissement général.
Esprit généralement libre jusqu'à la fin.	Esprit troublé, facilement excité à une fureur violente; hallucinations; crainte intense; délire.

Le diagnostic différentiel des accès d'hystérie est fondée sur les faits suivants : Dans l'hystérie, le paroxysme suit immédiatement la morsure, dans l'espace d'un jour ou deux. Le sujet hystérique est bruyant dans l'expression de ses craintes, ce qui n'a pas lieu dans l'hydrophobie. Quelques jours d'observation permettent un diagnostic certain, car l'hydrophobie produit la mort habituellement le quatrième jour. Dans l'hydrophobie, à mesure que l'issue fatale approche, la température s'élève, montant rapidement à

105 Fahr. au moins. Dans l'hystérie, on peut s'éclairer par la recherche des faits antérieurs, comme la notion d'autres attaques, l'existence des signes hystériques, tels que l'anesthésie du côté gauche, la sensibilité ovarienne, celle de l'épigastre, des mamelles, l'anesthésie faciale, le clignotement des paupières supérieures.

Traitement. — Après toutes les tentatives qui ont été faites pour la destruction du virus rabique, l'auteur considère la quinine et l'alcool comme les médicaments sur lesquels on peut le plus compter. Ce sont des agents *germicides*, dont on peut surcharger l'économie sans danger, et qui exercent une influence active sur la nutrition générale. Il les a vus, dans sa pratique, produire de bons résultats dans le traitement du tétanos. L'antipyrine, dit-il, mérite également d'être étudiée dans le traitement de la rage; les effets surprenants qu'elle détermine dans la moelle allongée permettent d'espérer qu'elle pourrait être utile contre cette maladie et contre toutes celles qui dépendent d'un désordre de la nutrition de cette partie importante du système nerveux. — R.

FORMULAIRE

Potion contre la trachéo-bronchite. — Ruault.

Benzoate de soude	1 à 3 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit	20 gouttes.
Hydrolat de laurier-cerise	3 grammes.
Sirop de baume de tolu	30 —
Sirop de codéine	30 —
Eau distillée	60 —

F. s. a. Une potion à prendre en 3 ou 4 fois dans les 24 heures, pour combattre la toux de la trachéo-bronchite. — N. G.

COURRIER

Hygiène scolaire. — M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux préfets une circulaire relative à l'hygiène scolaire.

Dans un grand nombre de départements, dit-il, il n'est plus tenu compte des dispositions de l'arrêté du 18 décembre 1848, qui place la salubrité des écoles sous la juridiction des conseils d'hygiène publique et de salubrité. Or, il est des cas où l'avis du Conseil d'hygiène aurait certainement prévenu les inconvénients des choix auxquels on s'est arrêté pour l'emplacement des écoles.

....

Je crois donc devoir vous rappeler l'arrêté du 18 décembre 1848 et vous prier de prendre l'avis des comités institués à cette date, chaque fois qu'un projet d'établissement d'une école vous paraîtra exiger cette garantie. (*Bull. méd.*)

— Le Congrès archéologique de France (55e session, 1888, de Bayonne-Dax) vient d'accorder une distinction flatteuse à l'un de nos sympathiques et distingués confrères des Landes. Le comité, à l'unanimité, a remis une médaille d'argent à M. le docteur Léon Sorbets (d'Aire), pour ses nombreux et intéressants mémoires archéologiques, insérés dans plusieurs revues savantes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Cochin. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

Considérations générales sur la virulence.

Jusqu'aux travaux de Pasteur, nous n'avions que des données incertaines sur les virus. Ouvrez, en effet, les ouvrages de pathologie générale antérieurs à cette époque et vous verrez que, pour Monneret (1), par exemple, « le virus est un agent spécifique de nature inconnue qui, développé primitivement chez l'homme ou chez les animaux, reproduit, chaque fois qu'il est reçu par l'organisme humain, une maladie entièrement semblable à celle qui lui a donné naissance », et plus loin, il ajoute : « Nous n'avons aucune idée de ce qu'est un virus; toutes les hypothèses sont ouvertes à cet égard. » Hardy et Béhier adoptent la même définition.

Mais, à partir des premières recherches microbiologiques, cette question du virus se précise, et Bouley a pu dire que toute maladie virulente était fonction de microbes. La proposition de notre regretté collègue ne s'est pas encore complètement réalisée, en ce sens qu'il est encore des maladies virulentes, et des plus communes, dont nous n'avons pu ni isoler, ni cultiver l'agent infectieux : ainsi sont la syphilis, la rage, la variole, etc. Mais la marche de ces affections et leur symptomatologie sont tellement identiques à celles des maladies dont le microbe a été isolé, cultivé et domestiqué, que l'on peut affirmer qu'il arrivera un jour où, grâce aux progrès des études microbiologiques, nous serons en possession de leurs bacilles pathogènes, donnant ainsi raison à l'hypothèse autrefois formulée par Hameau, qui considérait les virus comme des germes vivants, que l'on devait rapprocher des organismes infiniment petits.

Lorsqu'on parcourt les expériences de Pasteur et de son école, on voit que l'évolution des maladies virulentes doit être attribuée à deux facteurs : un agent virulent, d'une part, et de l'autre, un terrain ou un milieu propice à sa culture, et cette évolution dépendra de l'issue de la lutte entreprise entre ces deux facteurs. Cette lutte passera par des phases que nous retrouverons toujours comme caractéristiques des maladies virulentes : une période d'incubation où la lutte reste à l'état sourd et latent, puis une période d'invasion, et enfin, selon les résultats, la mort ou la guérison de l'être inoculé.

Examinons donc chacun de ces points séparément : d'une part, l'agent

(1) Monneret : *Traité de pathologie générale*, tome II, page 76.

virulent et, d'autre part, le terrain, et cela en nous basant surtout sur les recherches expérimentales faites dans ces dernières années avec les microbes pathogènes les mieux connus, tels que ceux du charbon, du choléra des poules, de la septicémie, etc.

Commençons, si vous le voulez bien, par l'agent infectieux, par le virus. Le point où pénètre ce virus joue un rôle considérable dans l'évolution de la maladie virulente, et les expériences sur la rage et sur le charbon symptomatique nous donnent à cet égard des renseignements fort intéressants.

Le charbon symptomatique est cette affection qui frappe surtout les troupeaux de bêtes à cornes paissant dans les montagnes, et que pour cela on a appelée *mal des montagnes*, mal que Chabert avait bien séparé du sang de rate, et qui a surtout été étudié dans ces derniers temps par Arloing, Cornevin et Thomas. Ces derniers ont trouvé le microbe pathogène de cette affection auquel ils ont donné le nom de *Bacterium Chauvæi*, en l'honneur de Chauveau; c'est un microbe anaérobie à l'opposé du microbe du sang de rate, du *bacillus anthracis*, qui est éminemment aérobie.

Si ce micro-organisme pénètre par les parties charnues, le premier accident sera purement local et caractérisé par une tumeur œdémateuse, symptôme essentiel de la maladie, puis surviennent des symptômes généraux et l'animal succombe. Si la pénétration du microbe se fait par la voie pulmonaire ou par la voie intestinale, la scène change; ce sont d'abord les symptômes généraux qui apparaissent et les tumeurs ne se montrent qu'aux périodes ultimes de la maladie.

Enfin, l'on peut donner aux animaux une immunité contre ce charbon symptomatique soit en faisant pénétrer le *Bacterium Chauvæi* dans le sang, soit en l'inoculant dans des parties dépourvues de masses musculaires, à l'extrémité de la queue, par exemple, des ruminants, et cela sans faire subir à ces virus aucune atténuation. Vous verrez, lorsque je vous parlerai des virus atténués, que Thomas, Arloing et Cornevin ont aussi fourni des procédés pour obtenir l'atténuation du virus du charbon symptomatique.

Pour la rage, ce point d'inoculation a une importance aussi considérable, par rapport à l'évolution ultérieure de la maladie, et c'est ce fait qui a permis à Pasteur d'entreprendre ses recherches expérimentales sur la rage. Il a, en effet, montré avec Roux que l'on diminuait considérablement la période d'incubation quand on plaçait le virus rabique dans un milieu propre à son développement, et tandis qu'il fallait des mois pour voir, après l'inoculation, se développer les accidents rabiques chez les animaux, il suffit de quinze jours quand on introduit ce virus directement dans les méninges et l'encéphale.

La clinique aussi nous a montré que les morsures à la face et à la tête étaient beaucoup plus graves que celles qui atteignent d'autres points plus ou moins éloignés de l'encéphale. Ainsi donc, comme je vous le disais, le point où pénètre le micro-organisme joue un rôle sur la marche ultérieure de la maladie virulente. Examinons maintenant ce microbe lui-même et nous allons voir, selon le nombre ou la vitalité des microbes, la scène symptomatique changer à son tour.

(1) Chauveau : *Influence de la quantité des agents infectants* (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1880, t. XC, page 1526.)

Pour le nombre des agents infectieux, Chauveau (1) a fait des expériences fort précises; il prend 4 moutons et leur injecte dans les veines des solutions contenant un nombre exact et donné de bactéridies charbonneuses, 1,000, par exemple, et les 4 moutons meurent. Il reproduit l'expérience avec une injection intra-veineuse ne renfermant plus que 600 bactéridies, la moitié seulement des animaux succombent; puis, s'il descend plus bas, à 100 ou 50 micro-organismes, les animaux alors ne succombent plus et jouissent dans la suite d'une immunité à des inoculations plus virulentes.

Il est bien entendu que ce que je viens de vous dire pour la quantité des micro-organismes est propre à chaque espèce d'animaux et dépend de leur plus ou moins grande réceptivité. Ainsi, pendant que 100 bactéridies charbonneuses peuvent être supportées en injection intra-veineuse chez le mouton, il suffit, comme l'a montré Watson-Cheyne (1), d'une seule bactérie introduite chez le cochon d'Inde, animal extrêmement sensible aux inoculations du charbon bactéridien, pour entraîner la mort de l'animal. L'on peut donc établir cette loi, fort logique d'ailleurs, que la force de la virulence est en rapport directe avec le nombre de micro-organismes inoculés.

Mais c'est surtout l'âge des bactéries qui joue un rôle notable sur l'intensité de la virulence ou, si vous préférez, sur la résistance de ces bacilles à nos agents thérapeutiques. Ainsi, pour le charbon, tandis que la bactérie adulte succombe lorsque l'on vient à la priver d'oxygène ou de liquide nourricier par la dessiccation, la spore, au contraire, résiste à la plupart de nos moyens de destruction. Comme l'a montré Koch, en effet, ces spores renferment les éléments de leur vie latente, et la dessiccation, la privation d'oxygène et la plupart des moyens antiseptiques sont impuissants à les détruire. Ces spores ont donc une influence sur la virulence, et surtout sur la persistance de la virulence.

Vous verrez, quand je vous parlerai des virus atténués, que l'action de ces virus est tout entière basée sur les modifications que l'on fait subir à la vitalité de ces micro-organismes, dont on diminue la virulence, pour ainsi dire à volonté, soit en les faisant passer dans d'autres organismes, soit en les soumettant à l'action de l'oxygène, de la chaleur, ou à celle de la lumière, soit en leur faisant subir l'action des antiseptiques.

Dans cette action des micro-organismes pathogènes considérés comme agents de la virulence, quel est le rôle réel du micro-organisme? Agit-il par lui-même, ou bien, au contraire, les ptomaïnes qu'il sécrète sont-elles la cause des accidents toxiques? C'est là une question encore mal résolue. Ce que l'on peut dire, c'est que, dans les liquides de culture où l'on cultive la bactérie charbonneuse à l'état de pureté, on ne voit jamais ces liquides devenir toxiques par eux-mêmes, et la filtration parfaite de ces liquides, qui permet d'en séparer absolument les bactéries, les prive par ce seul fait de leur virulence.

Cependant, il est des liquides de culture pour d'autres organismes, celui du choléra des poules, par exemple, qui renferment des principes toxiques; ainsi, quand on filtre à travers un biscuit de porcelaine un liquide de culture de la bactérie du choléra des poules, le liquide filtré ne donne plus la maladie, mais produit chez les animaux un état de somnolence qui va jus-

(1) Watson-Cheyne : *A study of certain of the conditions of Infections.* (*British Journal*; 31 juillet 1886, page 197.)

qu'au coma, mais se dissipe au bout d'un certain temps. Ajoutons que la chimie, de son côté, s'est montrée jusqu'ici impuissante à constater la présence de leucomaïnes ou de ptomaïnes dans ces liquides.

Cependant cette hypothèse ne doit pas être absolument abandonnée, car elle peut quelquefois nous expliquer la mort des animaux qui succombent au charbon. En effet, si, dans certains cas, la mort des animaux charbonneux peut être attribuée à l'asphyxie qui résulte de l'absorption de l'oxygène du sang par la bactérie charbonneuse, qui s'est multipliée à l'infini dans toute la masse du sang, ou bien à l'accumulation de ces bactéries constituant ainsi des séries d'embolies qui oblitèrent le réseau capillaire; il est des cas où la mort survient sans que le nombre des bactéridies soit notable dans le sang, et on est alors en droit de se demander si l'état agglutinatif des globules sanguins que l'on constate dans ce cas, ainsi que la production des globules blancs, ne seraient pas déterminés par la présence de ptomaïnes modifiant l'état physique du sang.

Dans la prochaine leçon, je m'efforcerai de vous montrer par quels agents thérapeutiques nous pouvons nous opposer à la production de ces micro-organismes et j'établirai avec vous les bases de l'antisepsie; je passe maintenant à l'étude du terrain.

Les maladies virulentes se comportent différemment, suivant les diverses espèces animales auxquelles elles sont inoculées. Les unes résistent au mal qui détruira rapidement les autres, et c'est à ce grand fait pathologique qu'on a donné le nom d'immunité. Examinons quelles sont les conditions de cette immunité et prenons toujours, si vous le voulez bien, des exemples dans les maladies virulentes qui frappent surtout les espèces animales.

Dans une même espèce, certaines conditions créent une immunité plus ou moins grande. Nous avons d'abord l'âge de l'animal; Toussaint nous a montré, en effet, que certains animaux qui, adultes, sont réfractaires au charbon, ne le sont pas quand on leur inocule ce mal après leur naissance.

La nourriture aurait aussi une certaine influence, si l'on en croit les expériences de Feser; des rats nourris avec de la viande seraient plus résistants au charbon que ceux qui en sont privés.

Ces mêmes expériences sur les rats auraient, d'après Loeffler, montré les faits curieux que voici : c'est que leur réceptivité serait très variable pour le charbon. On peut, par exemple, pratiquer sur un de ces animaux un grand nombre d'inoculations avec le virus charbonneux, et cela sans aucun résultat, puis, un beau jour, et sans qu'on sache pourquoi, à ces inoculations négatives succède une inoculation positive.

Mais, chose encore plus étrange, dans une même espèce, certaines races conservent l'immunité, tandis que d'autres, au contraire, ont une extrême réceptivité pour la maladie. Ainsi, voici le charbon qui décime nos races de moutons françaises, tandis que la race barbarine que l'on possède en Algérie est réfractaire au charbon bactéridien, et les expériences si intéressantes de Chauveau à ce sujet sont des plus instructives.

Chauveau prend 12 moutons européens et 47 moutons algériens; il inocule à tous un virus charbonneux. Tous les moutons européens succombent, tandis que ceux de race barbarine n'ont que 8 morts, et les 39 moutons restant non seulement résistent à cette première inoculation, mais encore à toutes celles qui sont pratiquées ultérieurement.

Cette immunité est variable aussi avec les espèces. Ainsi la syphilis,

maladie virulente par excellence, n'est pas transmissible aux animaux et le singe syphilitique de notre regretté collègue Martineau restera un fait exceptionnel. La rage, si meurtrière pour certains animaux, épargne la poule. Le charbon bactéridien n'est contracté ni par les gallinacés ni par les oiseaux. Le chien est aussi rebelle à cette affection, et tandis que le lapin est un réactif si sensible du charbon bactéridien, il est absolument réfractaire au charbon symptomatique.

Cette immunité peut aussi être acquise d'une façon durable ou passagère par des atteintes antérieures du même mal ou par la pratique de la vaccination, qu'il s'agisse de la vaccine ou des virus atténués, et je reviendrai plus longuement sur ce point lorsque je vous entretiendrai de l'histoire des virus atténués.

Bien des explications ont été fournies pour donner la raison de cette immunité. Aucune, comme vous allez le voir, n'est absolument définitive, ce sont plutôt des hypothèses. Il y a d'abord l'hypothèse du contre-poison soutenue par Chauveau, qui veut que la présence des micro-organismes pathogènes donne lieu à la production d'une substance qui crée dans l'organisme des milieux réfractaires au développement de ces microbes. Ainsi, chez les moutons algériens dont je vous ai parlé, Chauveau injecta jusqu'à 500 milliards de bactéries. Six heures après, on ne retrouvait plus dans le sang de l'animal trace de ces bactéries.

Pasteur a soutenu, lui, la théorie de l'épuisement; il a montré que, lorsque dans un bouillon de culture on avait obtenu un développement considérable de micro-organismes pathogènes, ces bouillons étaient inaptes à fournir une seconde récolte. Mais la théorie à coup sûr la plus ingénieuse est celle que Metschnikoff (1) a imaginée sous le nom de théorie de la *phagocytose*.

Se basant sur ce fait que l'on voit les amibes ingérer les substances avec lesquelles elles sont en contact, le professeur d'Odessa admet que certaines cellules vivantes de l'organisme jouent le même rôle par rapport aux micro-organismes pathogènes, et il divise ces cellules en deux groupes, les *macrophages* qui seraient surtout les cellules du tissu conjonctif et des épithéliums, et les *microphages* constitués surtout par les globules blancs. Ces cellules, auxquelles il donne le nom de phagocytes, pourraient absorber jusqu'à 40 à 50 bacilles, et l'inflammation qui succède toujours localement au point inoculé serait un mode de préservation créé par l'organisme, qui fournit alors un grand nombre de globules blancs chargés de détruire les microbes pathogènes.

Quant à la non-immunité, elle résulterait de ce que ces leucocytes seraient atteints de dyspepsie, si vous me permettez cette expression, et se refuseraient alors à détruire les micro-organismes. Enfin le rôle des virus atténués s'expliquerait par l'habitude que l'on donnerait aux leucocytes de digérer avec une plus grande activité des micro-organismes auxquels ils ne sont pas habitués.

Bien des objections ont été faites à la théorie de Metschnikoff. L'une des

(1) Metschnikoff : *Lutte des phagocytes et des bacilles du charbon.* (*Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, bd. 107, 1887.) — *Sur la lutte des cellules de l'organisme contre l'invasion des microbes.* (*Ann. Pasteur*, 1887, p. 32.) — *Les phagocytes dans la fièvre récurrente.* (*Ann. Pasteur*, 1887, p. 503.) — *Sur l'atténuation des bactéridies charbonneuses dans le sang des animaux à sang chaud.* (*Ann. Pasteur*, 1887, p. 42.) — *Lettre à Weiggert.* (*Fort. der Med.*, 1888, n° 3.)

plus sérieuses a été présentée par Emmerich qui affirme que les phagocytes ne peuvent digérer que les bactéries mortes (1). Aussi Klebs se basant sur cette curieuse propriété leur a-t-il donné le nom de *vidangeurs du sang.*

En passant d'un organisme dans un autre, la virulence peut se modifier; elle s'augmente ou s'atténue selon les cas, et nous venons de voir qu'elle peut même s'atténuer à ce point qu'elle constitue une véritable immunité pour certaines races ou pour certaines espèces. Pour cette augmentation ou cette diminution de la virulence, suivant les cas, les exemples sont très nombreux. Ainsi, par exemple, pour la rage, le virus de la rage du chien qu'on décrit aussi sous le nom de rage des rues, voit sa virulence s'affaiblir en passant par le singe, tandis que cette virulence est augmentée en passant par le lapin. La période d'incubation de la rage des rues est, chez le lapin, de quatorze jours, mais, lorsqu'elle est transportée de lapin à lapin, elle n'est plus que de sept jours.

Le rouget du porc, en passant par le lapin, perd en partie ses propriétés virulentes, de telle sorte que, inoculé de nouveau au porc, il constitue un vaccin; au contraire, ce même bacille du rouget inoculé à des pigeons prend une virulence beaucoup plus grande, et il suffit alors de prendre le virus qui a été atténué chez le lapin, puis de l'inoculer à un pigeon pour que ce virus reprenne son activité première, et qu'inoculé à un porc il entraîne la mort de l'animal.

Les causes individuelles peuvent modifier aussi le degré de virulence. Plus l'être vivant, homme ou bête, sera affaibli, surmené, fatigué, plus la maladie vrulente qui lui sera inoculée aura une marche rapide et grave, et cette question de terrain domine, en effet, toute cetle question de la virulence. Aussi tous les efforts de l'hygiène prophylactique doivent-ils concourir à ce but de créer un terrain réfractaire au développement de ces maladies virulentes et infectieuses,

Voyez, par exemple, ce qui se passe pour la tuberculose; la contagion n'est pas douteuse et cependant elle est fort rare, et il faut, pour qu'elle puisse se produire, que l'organisme soit affaibli par des maladies antérieures ou par des fatigues prolongées.

Le fait est encore plus palpable pour les animaux. Lorsque nous soumettons les chevaux, par exemple, à des fatigues exagérées, ils deviennent la proie facile de toutes les épizooties et succombent avec une extrême rapidité. Le même fait se reproduit pour l'homme, et pour lui, aux fatigues physiques, il faut joindre les fatigues morales. Voyez ce qui se passe dans nos armées où, dès le début de la campagne, les individus qui ont eu autrefois la syphilis sont atteints de nouvelles affections syphilitiques par suite des fatigues et des privations qu'ils subissent; à l'appui de ce que j'avance, je peux aussi signaler ce fait si connu et si fréquent dans l'histoire, et que nous avons malheureusement vu se reproduire au moment des désastres qui nous ont frappés il y a dix-huit ans, l'état sanitaire relativement bon de l'armée du vainqueur, alors que l'armée vaincue est décimée par les maladies infectieuses et épidémiques.

Les causes cosmiques viennent se joindre aux causes individuelles; les froids exagérés, de même que la chaleur trop intense, en affaiblissant l'organisme, en font une proie facile pour les maladies virulentes.

Je ne veux pas pousser plus loin cette démonstration qui m'entraînerait

(1) Emmerich : *La guérison du charbon.* (*Arch. f. Hyg.*, 1887.)

en dehors des limites de cette leçon, et je me résumerai en vous disant : La virulence est la résultante de la vitalité relative de l'agent infectieux et de l'organisme infecté; elle sera plus ou moins grande, suivant que celui-ci pourra plus ou moins bien détruire ou éliminer cet agent infectieux; et je passe maintenant à l'étude d'un autre point de pathologie générale qui complète ces courtes réflexions sur la virulence, je veux parler de la contagion. C'est ce que je ferai dans la prochaine leçon. — P. C.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel d'hygiène militaire et des premiers secours, par le Dr Charles Viry, médecin-major de 1re classe ; 2e édition. Un volume in-18 de 315 pages, avec 68 figures dans le texte. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Il n'y a pas encore 3 ans, paraissait la 1re édition du manuel d'hygiène militaire du Dr Viry. Il constituait un excellent résumé de toutes les connaissances acquises en hygiène militaire, tant à l'étranger qu'en France, au jour de sa publication. Il paraissait dans un moment où ces questions préoccupaient justement tous les esprits, en raison de l'obligation du service militaire imposée à tous, et l'on était heureux de trouver, réuni et condensé en un petit nombre de pages, tout ce qui se faisait alors et même ce qui aurait dû se faire pour assurer la santé du soldat et prévenir les maladies auxquelles il est isolément ou collectivement exposé.

Aussi ne sommes-nous pas étonné de la rapidité avec laquelle cette 1re édition a été épuisée.

Aujourd'hui nous avons sous les yeux la 2e édition « revue et augmentée » naturellement ; mais dans le cas particulier très réellement augmentée et complètement refondue dans certaines de ses parties importantes ; malheureusement pour conserver le format primitif et rester dans le moule ordinaire des manuels, les éditeurs ont adopté une justification un peu compacte que rachète, autant qu'il soit possible, disons-le tout de suite, la netteté des caractères. C'est que M. Ch. Viry a développé les chapitres précédemment traités en y ajoutant tout ce que les travaux récents ont fourni de documents à l'hygiène et qu'il n'a pas voulu pour cela sacrifier ce que l'expérience a consacré.

La 1re partie, de beaucoup la plus importante, comprend : le recrutement, l'habitation, l'alimentation, le vêtement, les occupations et les loisirs du soldat; la propreté du corps, la prophylaxie des maladies du soldat, l'hygiène du champ de bataille. La 2e partie comprend les premiers secours en cas de blessures ou d'accidents.

Le chapitre qui traite de l'alimentation donne la théorie dynamique des repas variés aujourd'hui réglementaires dans l'armée, et l'auteur n'oublie pas, à cette occasion, de reconnaître la grande part qui revient, dans cette réforme capitale, au médecin-major Schindler dont le nom mérite de figurer parmi ceux des bienfaiteurs du soldat, condamné avant lui au bouilli à perpétuité.

Comme dans l'édition précédente, M. Viry fait graviter l'hygiène militaire autour de l'hygiène de l'habitation. Considérant avec raison que la fièvre typhoïde est le fléau de notre armée, c'est là, dit-il, qu'il faut frapper pour diminuer la morbidité et la mortalité. La ventilation, l'espacement des hommes, etc., sont choses admises comme nécessaires, mais ce n'est pas assez ; la cause normale des épidémies étant l'infection du sous-sol, soit que les germes aspirés par la cheminée d'appel, que forme la caserne, pénètrent dans l'organisme par la respiration, soit que ces germes aillent souiller les eaux de boisson, il est fâcheux que les ingénieurs militaires ne se soient pas encore attachés à la faire disparaître ; M. Viry le constate avec regret. La prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée résiderait, pour M. Viry, dans le remplacement des fosses fixes partout où cela est possible, par *le tout à l'égout* et l'installation, partout où l'eau est suspecte, de filtres Chamberland.

La question de la désinfection des vêtements, des locaux, etc., est aussi traitée avec beaucoup de soin.

Comme on le voit, le manuel de M. Viry s'attache à la solution de tous les problèmes d'hygiène publique et, si l'auteur a voulu faire surtout une œuvre de vulgarisation à l'usage des officiers, ses anciens auditeurs, alors qu'il professait l'hygiène à l'école de Saint-Cyr, et, à l'usage de ses camarades de l'armée, il a écrit en même temps une excellente synthèse de la plupart des travaux contemporains.

Son livre, des plus utiles aux médecins qui peuvent être brusquement appelés à servir dans l'armée, a sa place marquée dans toute bibliothèque médicale, car, aujourd'hui, l'armée c'est le pays tout entier et rien de ce qui touche de si près à ses instants vitaux, ne saurait être ignoré du médecin, quel qu'il soit. — Dr P. Bouloumié.

REVUE DES JOURNAUX

Surdité guérie par la pilocarpine, par le docteur Corrado Corradi. — Voici les conclusions de ce travail : 1° le traitement des affections labyrinthiques par la pilocarpine peut être essayé à un âge avancé; 2° l'action favorable de la pilocarpine s'étend-elle à des affections anciennes de l'oreille moyenne, c'est douteux, mais il est certain que l'action favorable sur le labyrinthe n'est pas empêchée par une otite moyenne hyperplastique simultanée; 3° quand le remède est bien toléré, et quand même l'effet habituel de la pilocarpine a été obtenu, il faut avoir recours à de plus fortes doses si la dose ordinaire est sans influence sur l'audition; 4° dans tout traitement de ce genre, il y a intérêt à noter la quantité du remède employé.

Dans le cas qu'il rapporte, l'auteur, dès le quatrième jour, injectait 2 centigr. de pilocarpine; il a fait en tout 24 injections. (*Annales des maladies de l'oreille*, mars 1888.)

Moos a employé aussi la pilocarpine dans le traitement de l'affection labyrinthique que l'on voit parfois dans la diphthérie. Suivant l'âge, on injecte tous les jours 5 à 8 gouttes d'une solution à 2 p. 100. Quand l'audition n'est pas complètement annulée, on a pu obtenir une amélioration durable encore trois semaines après le début de la maladie d'oreilles. Il faut avoir grand soin d'employer la pilocarpine avant la production de l'état de faiblesse amené par la maladie générale. (*Id.*) — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Cot, sur le plâtrage des vins;

2° Un rapport de M. Girard, discutant la partie chimique du travail de M. Marty;

3° Un mémoire sur les épidémies dans l'arrondissement de Valenciennes, en 1887, par le docteur Manouvriez;

4° Un rapport sur une épidémie de variole à Luzy et à Fours (Nièvre), par le docteur A. Favelier;

5° Un rapport de M. Colin, sur la pelade dans l'armée de Paris;

6° Une note de M. le docteur Ledé, sur les maladies épidémiques dans la commune de Puteaux de 1875 à 1888;

7° Le guide pratique des pesages pendant les deux premières années, par le docteur Putils;

8° Un mémoire du docteur Coiffier, sur une épidémie de croup;

9° Les vaccinations et revaccinations pratiquées, en 1887, par le docteur Fournac (de Marseille).

— M. Jablonski fait remarquer à l'Académie que la suette miliaire et la roséole qui règnent épidémiquement en ce moment dans le département de la Vienne ne sont pas

mentionnées dans la circulaire du 1er mars 1888, relative à l'isolement des maladies contagieuses.

La suette exige un éloignement de quarante jours; la roséole, un de vingt-cinq jours. Du reste, l'épidémie de suette est sur le point de prendre fin.

M. Jablonsky croit qu'il serait utile de dire officiellement aux médecins des écoles et collèges s'ils doivent laisser avec leurs camarades les enfants atteints de phthisie confirmée.

— M. Dujardin-Beaumetz communique les conclusions de son rapport sur la saccharine fait au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

En présence des troubles digestifs que peut provoquer la saccharine, et en se basant sur ce fait que la saccharine n'est pas un aliment, puisqu'éliminée en nature elle ne subit dans l'économie aucune modification, la commission est unanime pour considérer a saccharine comme un médicament et non un aliment. De plus, convaincue que la saccharine ne servirait qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires, la commission est d'avis que l'on doit repousser la saccharine de l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

M. Dujardin-Beaumetz tient à ajouter que si, personnellement, il considère l'introduction de la saccharine dans l'alimentation générale comme une falsification pouvant avoir de sérieux inconvénients, il maintient, néanmoins, qu'au point de vue thérapeutique elle rend des services chez le petit nombre de diabétiques qui ne peuvent se passer de sucre, et qu'à ce point de vue le régime des diabétiques s'est considérablement amélioré par suite de l'introduction de cette saccharine dans leur alimentation spéciale.

M. Worms a observé de nouveaux cas de troubles digestifs par l'usage de la saccharine. Il cite l'opinion de M. Pavy, qui a fait les mêmes constatations.

— M. Kirmisson, à propos de deux cas de cancer de l'œsophage, compare la gastrostomie et le cathétérisme à demeure. La première n'a donné, dans les mains de divers chirurgiens, que des résultats médiocres, et la mortalité est d'à peu près 76 p. 100. Krishaber, plusieurs chirurgiens anglais, Symonds, Gerson ont conseillé la sonde à demeure que M. Kirmisson vient d'employer de nouveau.

Chez son premier malade, âgé de 57 ans, toute alimentation solide était devenue impossible. La sonde permit de le nourrir pendant trois mois jusqu'à ce qu'il succombât aux progrès de la cachexie.

Chez le second malade, tout cathétérisme était impossible et l'amaigrissement était tel que la mort semblait imminente. La sonde permit de prolonger la vie pendant cinquante-cinq jours.

L'emploi prolongé de la sonde n'entraîne aucun accident du côté de l'œsophage. On peut se servir soit de longues sondes, soit des tubes courts de Symonds, longs de 16 centimètres. Mis en place, ils ne dépassent pas le commencement de l'œsophage et y sont maintenus par deux fils de soie. L'introduction de ces tubes est pénible et dangereuse, car on ne peut les faire glisser sur une bougie conductrice comme les sondes; en outre, ils peuvent être très difficiles à retirer. Enfin, quelques parcelles d'aliments, qui passent toujours entre le tube et l'œsophage, irritent le rétrécissement.

M. Kirmisson préfère donc les longues sondes et croit qu'on peut aussi les employer dans les rétrécissements cicatriciels. Le cathétérisme rendra plus facile la dilatation.

L'emploi de la sonde à demeure est une méthode essentiellement française, car l'initiative en revient à Boyer.

— M. Bucquoy rapporte l'observation d'un anévrysme de l'artère crurale traité par la méthode de Moore. Il introduisit d'abord deux fils métalliques qu'il ne put faire circuler, puis ensuite un ressort de montre. Les résultats parurent d'abord favorables, mais, au bout de douze jours, il se produisit un état typhique, puis une hémiplégie avec aphasie; la malade se cachectisa peu à peu et mourut au bout de huit mois dans une attaque d'éclampsie. Le sac était rempli par un caillot fibrineux.

M. Bucquoy n'admet pas les conclusions de M. Lépine relativement à l'emploi de la

méthode de Moore, qu'il regarde comme un moyen extrême, applicable lors de poches périphériques, peu volumineuses, et quand les autres moyens ont échoué. Il désapprouve le procédé appliqué aux anévrysmes aortiques.

M. Verneuil commence, sur la méthode de Moore, une communication qui doit être continuée dans la prochaine séance.

MM. Morache et Chédevergne sont élus correspondants nationaux (1re division).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Trépanation (suite). — Blessures par les balles du fusil Lebel. — Hernies du gros intestin. — Injections d'éther iodoformé.

M. Quénu a fait deux trépanations suivies de succès pour des fractures de la voûte avec plaie. L'un de ces malades était un contremaître mécanicien blessé par une explosion de machine; il y avait une brèche énorme du frontal et on enleva 5 à 6 centimètres carrés d'os. On ne fit la suture que le deuxième jour, à cause de la difficulté de l'hémostase et, treize jours après, le malade était guéri.

La deuxième observation se rapporte à un charpentier blessé par la chute d'un panier de briques tombé du haut d'une maison en construction. Il y eut fracture du frontal et du pariétal gauches, avec enfoncement tel que les fragments chevauchaient sous l'os intact. Ce dernier dut être attaqué par le trépan pour permettre la réduction à l'aide d'un levier. Le malade était atteint de monoplégie brachiale et la paralysie s'étendit à la jambe quelques jours après l'opération. Cependant, en quatre ou cinq semaines, les phénomènes s'amendèrent beaucoup et la guérison survint. Elle est restée un peu incomplète, car le blessé fauche légèrement pendant la marche.

M. Quénu analyse la plupart des observations récemment publiées; il en résulte que, dans les trépanations secondaires, on trouve très souvent des abcès profonds dans la substance cérébrale. Quelquefois, l'abcès est sous la dure-mère intacte. L'infection se fait facilement du crâne à l'encéphale par suite de conditions de nature inconnue. La suppuration est tantôt très rapide, tantôt très lente. Il est, du reste, extrêmement difficile de désinfecter le cuir chevelu de toute souillure.

Le danger dans les fractures du crâne avec plaie résulte surtout de la fissure qui permet l'infection. Les accidents par compression du cerveau sont rares et le relèvement des fragments n'entraîne pas un amendement immédiat, au moins en général.

Les faits que M. Quénu apporte viennent à l'appui de ceux de M. Lucas-Championnière, avec une interprétation un peu différente.

M. Reclus a pratiqué la trépanation pour une plaie du crâne qui avait été suivie d'épilepsie; les accès survenaient journellement et étaient provoqués par la moindre excitation. L'opération permit d'enlever une exostose, mais le sinus longitudinal fut ouvert. On fit la suture, le tamponnement, et au bout de huit jours la réunion était complète. Le doigt d'un aide avait bouché le sinus au moment de son ouverture. L'épilepsie a complètement disparu.

Peut-être la libération de la cicatrice par une simple incision ou l'application de pointes de feu auraient-elles suffi à guérir le malade?

M. Trélat a trépané aussi un malade atteint de crises épileptiques à la suite d'une chute. Il y avait plutôt des vertiges et des maux de tête que des convulsions. L'opération prouva l'existence d'une hyperostose et guérit le malade.

M. Lucas-Championnière regarde les faits de M. Quénu comme d'un tout autre ordre que les siens; il croit que l'enfoncement seul suffit pour créer de grands dangers. Ce qu'a dit M. Trélat vient à l'appui de sa propre opinion et prouve l'innocuité et l'excellence de la trépanation. De ce qu'on a eu quelques succès par les pointes de feu dans l'épilepsie symptomatique, cela ne prouve pas que l'on doive toujours réussir, et les moyens médicaux ne donnent guère que des résultats passagers.

Quant à ce qui est du procédé opératoire, M. Lucas-Championnière croit que le lambeau n'est pas une bonne pratique; on risque de perdre le point douloureux ou la cicatrice sur lesquels on veut opérer. L'incision en T est la meilleure.

— M. Chauvel a lu, il y a un an et demi, un travail sur les blessures faites avec les balles de petit calibre. Depuis, M. Nimier fait de nombreuses expériences sur des crânes avec les projectiles du fusil Lebel. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'étendue des lésions à 1,000 ou 1,500 mètres. Il y a trois sortes de fissures : les unes, radiées, partent du trou d'entrée ou de sortie et sont plus ou moins nombreuses; elles sont habituellement réunies à leur périphérie par une sorte de fente circulaire. Enfin, il existe parfois une fissure longitudinale ou transversale qui semble diviser le crâne en deux moitiés.

Les balles nouvelles ne se déforment pas dans le corps, mais dans le choc sur un corps très dur. L'auteur insiste sur ce point que les projectiles ne restent pas dans le corps, et que de plus ils n'entraînent pas de corps étrangers.

Du reste, les effets habituels ne diffèrent pas beaucoup de ceux de la balle du fusil Gras. Quelquefois, quand le projectile passe dans les muscles suivant le sens des fibres, le trajet est introuvable. Il y a des lésions vasculaires dans 30 p. 0/0 des expériences, sans que l'on ait cherché spécialement à les produire.

En fait, si les balles de petit calibre ne peuvent être dites humanitaires, elles n'augmentent pas beaucoup les dangers de la lutte.

— M. Peyrot lit une note sur un cas de hernie du gros intestin irréductible par hypertrophie des franges épiploïques.

La cure radicale fut suivie de guérison malgré l'infection secondaire de la plaie que l'on dut traiter comme une plaie ouverte.

MM. Bouilly, Prengrueber, Nicaise, Schwartz ont rencontré des cas analogues.

M. Lucas-Championnière connaît un grand nombre de causes d'irréductibilité du gros intestin; celle que M. Peyrot a signalée est une des plus anciennes qu'il ait vues. C'est surtout la descente du mésocôlon qui fait le danger.

M. Terrier regarde la présence du mésentère comme dangereuse et signale des pertes de substance de l'intestin qui peuvent se produire à la suite des violences exercées sur le repli péritonéal.

— M. Houzel (de Boulogne) lit une observation où l'injection d'éther iodoformé dans un abcès froid a été suivie d'anesthésie prolongée.

M. Peyrot a observé un fait analogue, et M. Quénu a vu des accidents formidables du côté du tube digestif. — P. C.

COURRIER

En présence du succès de la caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion, qui permettra de visiter, dans les mêmes conditions, les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne et Sermaize.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de de 50 p. 100, en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes, sont préparées pour recevoir la caravane de concert avec les municipalités, le corps médical et les sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station, par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 49, avenue Wagram, à Paris.

Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Dianoux, suppléant, est nommé professeur de clinique ophthalmologique (chaire nouvelle).

— Le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu, à Paris, du 25 au 31 juillet 1888.

Adresser les cotisations (10 francs), à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et les communications à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

— Nous lisons dans le *Lyon Médical* :

« Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Vallin vient d'être nommé à la fois médecin-inspecteur et directeur du service de Santé dans le 14e corps d'armée et le gouvernement militaire de Lyon. M. Vallin est un des hommes qui font le plus d'honneur à la médecine militaire de notre pays ; depuis longtemps déjà, il dirige avec une grande distinction la *Revue d'hygiène* et tous ses travaux sont remarquables par leur caractère pratique et leur esprit scientifique. Nous sommes heureux de pouvoir féliciter l'éminent hygiéniste de cette double distinction qui l'amène au milieu de nous et très cordialement nous lui souhaitons la bienvenue. »

Fêtes a l'hôpital de la Salpêtrière. — Le concert annuel vient d'avoir à la Salpêtrière, avec le concours d'artistes de Paris, 250 aliénés y assistaient, en dehors de quelques invités. La fête a débuté par un chœur chanté par les adultes et immédiatement suivi d'un duo pour flûte et hautbois. MM. Lubert, Soulacroix, Bertin (de l'Opéra-Comique), Caron, Dubulle, Vernier (de l'Opéra), ont tour à tour recueilli les applaudissements les plus nourris. MM. Saint-Germain et Fugère ont également obtenu beaucoup de succès. On a entendu également Mlle Chevalier (de l'Opéra-Comique), avec la chanson de Florian, Mme Marie Masson qui a chanté le *Noël* païen (de Massenet) et le trio de *Faust* avec MM. Vernier et Dubulle, Mlle Madeleine Godard, violoniste. Le quatuor de Pantalon a terminé le concert.

Missions scientifiques. — M. le docteur P. Loye, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche. — M. le docteur Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est chargé d'une mission en Russie, pour étudier, dans les centres universitaires de ce pays, les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses. — Par un arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, M. le docteur Henry d'Estrey vient d'être chargé d'une mission scientifique dans la Norwège et la Laponie, jusqu'au cap Nord, pour étudier, outre l'ethnographie, certaines questions d'anthropologie préhistorique se rattachant à ces contrées.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort inopinée de M. le docteur Raymond Solmon, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Troyes. Cette nouvelle nous attriste profondément, car Solmon avait été un de nos bons camarades d'internat, et nous avons conservé de lui le plus affectueux souvenir. — L. G. R.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

La saccharine sucrant beaucoup plus que le sucre et coûtant beaucoup moins cher, certains industriels ont naturellement songé à tirer parti de ce produit pour remplacer le sucre; les Allemands, grands amateurs de vins de Champagne, en fabriquent même en y incorporant la saccharine. Tous ces industriels n'ont malheureusement pas tenu compte de ce fait que ce produit est un médicament actif et qu'il peut devenir nuisible, bien plus nuisible encore que l'acide salicylique et le plâtre, s'il est ingéré dans les mêmes proportions. Aussi M. Dujardin-Beaumetz a-t-il eu raison d'attirer l'attention sur les falsifications basées sur l'emploi de la saccharine, d'abord au Conseil d'hygiène et de salubrité, puis à l'Académie de médecine, en insistant sur le danger qu'il peut y avoir à se servir comme aliment d'une substance qui doit rester dans la classe des médicaments. M. le docteur Worms a communiqué également à l'Académie un certain nombre de faits, tirés de la pratique de M. Pavy, si compétent en matière de diabète, et qui démontrent les effets nuisibles de la saccharine chez les diabétiques, où on avait cru pouvoir remplacer le sucre par cette substance.

FEUILLETON

CAUSERIE

La vaccination obligatoire au Conseil municipal.

Le Conseil municipal de Paris s'est occupé, dans une de ses dernières séances, d'une question qui intéresse trop l'ordre médical pour que nous la laissions passer sous silence. Il s'agit de la revaccination obligatoire. La question est très vaste, car elle comprend la création d'un Institut vaccinogène, exigeant un crédit de 150,000 francs, puis d'un personnel médical chargé de pratiquer la revaccination, annuellement, dans toutes les écoles de la ville de Paris et, actuellement, de tous les ouvriers embauchés par les entrepreneurs de la ville. Ceci n'est pas sans importance, car les travaux de l'Exposition vont attirer un grand nombre d'ouvriers qui pourraient se mal trouver de vivre dans un milieu où les germes varioliques sont assez nombreux.

MM. Desprès et Cattiaux, qui représentent au Conseil municipal les doctrines médicales du bon vieux temps, se sont élevés avec une grande violence et force arguments démodés contre ce projet. Contraindre les gens à se faire revacciner, c'est porter atteinte à la liberté individuelle, dit M. Cattiaux, sans réfléchir que celui qui est atteint de la variole est un centre de contagion pour d'autres dont la liberté individuelle et même la vie est alors sérieusement menacée. « Vous auriez le droit, dit justement M. Chau-

— La méthode de Moore, ou l'introduction et l'abandon de corps étrangers dans les anévrysmes, à laquelle M. Verneuil avait fait allusion dans son discours présidentiel au dernier Congrès français de chirurgie, est assez mal connue en général. Après les mémoires de MM. Charmeil et Lépine, et l'observation de M. Bucquoy, M. Verneuil l'a étudiée avec tout le soin qu'il apporte dans l'étude des questions de ce genre, en faisant appel à toutes les ressources de la bibliographie et de la clinique. Son discours à l'Académie comprend l'exposé de la méthode de Moore, connue seulement d'après des comptes rendus de journaux; dans la prochaine séance, il indiquera les résultats donnés par cette méthode, qu'il propose d'appeler *filipuncture*, et la place qu'elle doit occuper désormais dans la thérapeutique des anévrysmes. Je crois pouvoir dire, sans être indiscret, que ce n'est pas la première.

— L'isolement pour cause de maladies contagieuses dans les établissements scolaires a fait l'objet d'une circulaire ministérielle qui ne comprend pas toutes ces maladies, comme M. le docteur Jablonski l'a fait remarquer; par exemple la suette miliaire et la roséole, qui règnent en ce moment dans le département de la Vienne, n'y sont pas mentionnées; la tuberculose non plus, et cependant, puisque les exemples de contagion de cette dernière sont de plus en plus nombreux, il serait bon d'indiquer aux médecins des établissements scolaires s'ils doivent ou non laisser avec les autres élèves les jeunes gens qui présentent des symptômes de phthisie confirmée.

— L'emploi de la sonde à demeure dans les cas de rétrécissement de l'œsophage est d'origine française, puisqu'il remonte à Boyer, et que MM. Krishaber et Verneuil l'ont remis en honneur vers 1879; néanmoins, malgré la communication qui a été faite à ce sujet en 1881 au congrès international de Londres, par M. Krishaber, et le rapport de M. Lannelongue la même année à la Société de chirurgie, la méthode a été réinventée plusieurs fois à l'étranger sans qu'on daigne citer les noms des chirurgiens français. M. Kirmisson vient de porter la question à la tribune de l'Aca-

---

temps, de vous exposer à la variole si vous seul deviez en pâtir; mais vous n'avez pas le droit de la donner aux autres. » — « A quoi bon se faire vacciner? demande M. Desprès; j'ai été vacciné dans mon enfance, le vaccin n'a pas pris. Voila trente-quatre ans que je vis au milieu des malades et je n'ai pas eu la petite vérole, bien que je ne me sois jamais fait revacciner; la fréquentation des malades m'a tenu lieu de vaccin. »

On peut répondre à cela que, si M. Desprès admet que la fréquentation des malades lui a tenu lieu de vaccin, il admet par cela même que le vaccin peut être utile à ceux qui n'ont pas, comme lui, la ressource d'aller journellement deux ou trois heures dans une salle d'hôpital. Pour ma part, j'aimerais mieux me faire vacciner une bonne fois, et bon nombre d'individus qui ont autre chose à faire seront certainement de mon avis.

M. Cattiaux m'a paru mal connaître les statistiques relatives à la variole en disant qu'elles prouvaient que, dans l'armée, le vaccin ne préserve personne. M. Chautemps lui a répondu justement encore qu'il ne parlerait pas ainsi s'il avait lu les statistiques, qui sont assez claires et assez cruelles. En effet, pendant la guerre de 1870, où la variole a fait tant de ravages non seulement à Paris, ce dont devrait se souvenir M. Cattiaux, mais encore en province, l'armée allemande, qui avait été largement soumise à la revaccination, n'a perdu que quelques centaines d'hommes; au contraire, la variole nous a fait perdre à peu près la valeur d'un corps d'armée.

M. Desprès a eu un singulier argument contre ce projet. « La vérité, a-t-il dit à ses promoteurs, c'est que vous voulez créer de nouvelles places. Il y aura un directeur du

démie de médecine, à propos de deux cas heureux de sa pratique, et a rappelé à ce sujet les droits de nos compatriotes à la priorité. — L.-H. P.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques d'origine virulente ou spécifique (3e groupe).

LES INTOXIQUÉS VIRULENTS.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

J'étudierai parmi les pseudo-anémies d'origine virulente celles que l'on rencontre dans la tuberculose, dans la scrofule et dans la syphilis, et j'annexerai à ce groupe les pseudo-anémies d'origine spécifique qu'on observe dans quelques maladies infectieuses, dont le microbe n'a pas été démontré jusqu'à présent, dans l'impaludisme, le cancer et le rhumatisme.

Une de celles qu'on confond le plus souvent avec l'anémie ou la chlorose, c'est la *pseudo-anémie des tuberculeux*, qui peut se rencontrer à toutes les périodes de cette affection. Mais je veux attirer surtout votre attention sur la pseudo-anémie prétuberculeuse : lorsque vous verrez s'accuser la décoloration du visage, l'altération des traits, l'anorexie, l'amaigrissement, et qu'à la débilitation générale viendra s'adjoindre, au bout d'un temps plus ou moins long, une fièvre irrégulière ou franchement vespérale, ne négligez pas de surveiller sans cesse l'état du poumon. Si, — laissant passer inaperçue quelque lésion (souvent alors extrêmement circonscrite) des sommets, — vous soumettez de pareils malades aux traitements anti-anémiques et aux médications ferrugineuses notamment, loin d'amender la déchéance de l'organisme, vous en précipiterez, au contraire, l'effondrement, dont la cause réelle vous apparaîtra trop tard. — A un stade plus avancé de la tuberculose, la pseudo-anémie résulte de la consomption fébrile qui use les tissus et augmente la production de l'urée, en accen-

---

service vaccinal, des employés du service vaccinal, vous aurez enfin une nouvelle armée de fonctionnaires, une nouvelle armée de rentiers de la ville de Paris. » Mais tout cela existe à l'étranger, monsieur Desprès, et même dans quelques villes de France, où on s'en trouve bien; si cette armée nous épargne par an quelques centaines d'existences, est-ce qu'elle n'aura pas bien remboursé à l'Etat ce qu'elle aura coûté?

Aussi M. Desprès s'est-il attiré quelques paroles un peu dures de la part de ses collègues. Il faut citer textuellement, puisque M. Desprès en a demandé l'insertion au procès-verbal :

M. Levraud : Je tiens à répondre deux mots aux hérésies de MM. Desprès et Cattiaux qui, je le constate avec un certain étonnement, sont absolument d'accord (Bruit) au point de vue scientifique. M. Desprès en est encore aux théories qu'on enseignait lorsqu'il subissait le concours pour l'agrégation.

On croirait, à l'entendre, qu'il n'a jamais lu les travaux de ses éminents collègues des hôpitaux et de la Faculté de médecine. Il semble ignorer tout ce qui a été fait depuis trente ans.

M. Desprès : Je demande que vos paroles soient au procès-verbal pour voir qui y croira.

M. Levraud : Vous semblez ignorer tous les travaux qui ont été publiés sur cette question. Vous niez la nécessité de la revaccination, vous niez les statistiques les plus démonstratives, et vous vous contentez d'affirmations qui ne reposent sur rien. Sur quoi

tuant les effets de l'inanition. Enfin, dans la phase cachectique, la suppuration des foyers ulcéreux concourt, avec la stéatose hépatique et la dégénérescence amyloïde des reins, à la désalbumination des tissus et du sang et contribue à l'épuisement général du phthisique. Méditez donc, pour pouvoir le résoudre en temps opportun, le problème souvent fort embarrassant du diagnostic différentiel de la pseudo-anémie tuberculeuse et de la chlorose, que M. le professeur Dieulafoy a parfaitement résumé dans l'un de ses ouvrages; nous sommes d'accord sur les signes distinctifs.

Dans la *scrofule*, qui résulte de la même infection, portant primitivement sur les glandes lymphoïdes, la pseudo-anémie est généralement moins précoce, surtout si la lésion demeure longtemps limitée au système adénoïde des muqueuses. Mais quand cette tuberculose externe atteint les tissus ganglionnaires et osseux, on voit succéder à l'altération hématologique qui n'affecte guère au début que la réparation des leucocytes, les mêmes dégénérescences hépatique et rénale, la même désalbumination, la même déchéance organique que dans la tuberculose pulmonaire, et les suppurations scrofuleuses entraînent les mêmes épuisements que la phthisie.

En raison sans doute de sa pénétration directe dans les voies lymphatiques et de là dans les ganglions, le virus *syphilitique* produit une pseudo-anémie précoce, caractérisée surtout par une hydrémie assez accusée, accompagnée de souffles vasculaires, de palpitations, de dyspnée, de pâleur, de faiblesse, de céphalées et de douleurs générales, d'autant plus faciles à différencier des douleurs ostéocopes qu'il s'agit ici de troubles contemporains de l'évolution du chancre, et précédant la roséole ou les autres accidents secondaires tels que les ulcérations de la bouche et les adénites cervicales. Postérieurement à cette pseudo-anémie initiale, qui se rencontre surtout quand la syphilis surprend à un âge avancé, on observe encore une pseudo-anémie tardive qui coïncide avec les lésions tertiaires et se rattache alors aux ulcérations suppuratives, aux altérations osseuses, aux dégénérescences amyloïdes, aux causes diverses et nombreuses de la

---

vous appuyez-vous pour cela? Mais je ne veux pas insister davantage; le Conseil jugera.

M. Chautemps : Nous demandons le scrutin. Il est des âneries dont il faut prendre publiquement la responsabilité.

***

Le *Lyon médical* rapporte récemment un fait que je signale à l'attention des détracteurs de la vaccine et de la théorie de la contagion de la variole.

Le 27 juin 1888, un de nos confrères fut appelé dans une maison du VIe arrondissement où trois cas de variole avaient été constatés; il trouva dans cette maison une enfant de 3 mois qui venait de mourir. Elle succombait à une variole confluente; la contagion venait de la mère qui la nourrissait; elle n'était pas vaccinée.

Personne n'a conseillé d'éloigner l'enfant de sa mère atteinte de variole; mais bien plus, une sage-femme appelée a déconseillé la vaccination de l'enfant, prétendant que la vaccination pourrait lui faire du mal; c'était, ajouta-t-elle, une si belle petite!

On ne saurait trop blâmer une pareille incurie, et surtout des conseils aussi dangereux basés sur des préjugés aussi absurdes.

***

La statistique, invoquée par M. Cattiaux, démontre que la variole ne tue à Paris, depuis quelques semaines, qu'un habitant par jour. Etant donné le moyen dont dispose

déchéance organique propre à la phase de cachexie. Je tiens à vous faire remarquer ici que, dans cette pseudo-anémie tardive, l'altération hématologique est moins accusée que dans la pseudo-anémie précoce et que, par conséquent, le mercure administré durant la période secondaire, loin de pouvoir être considéré comme une cause d'anémie, ne saurait être dépouillé de son influence favorable sur les accidents du début et sur les altérations hématiques de la pseudo-anémie initiale. Seulement, rappelez-vous que le mercure (dont l'action antivirulente permet un relèvement de la constitution chez les sujets infectés par la syphilis et dont on a généralisé récemment l'emploi antiseptique, surtout dans la pratique chirurgicale) exige une surveillance sérieuse en raison de sa toxicité, et gardez-vous d'en user d'une manière inconsidérée, dans les accouchements en particulier, afin d'éviter des empoisonnements fort graves, parfois suivis de mort, comme ceux qui ont été signalés déjà dans diverses publications gynécologiques.

Parmi les pseudo-anémies d'*origine spécifique*, je vous signalerai tout d'abord la pâleur précoce du *cancer*, dont la pathogénie infectieuse n'a pu être encore rattachée à l'évolution d'un microbe rigoureusement déterminé. Il serait difficile d'expliquer aujourd'hui la coloration spéciale de la peau sous l'influence de l'invasion cancéreuse, dont l'action paraît porter primitivement sur le système lymphatique et sur les globules blancs, et qui n'affecte les hématies que dans une phase très avancée. Ce que je tiens à vous rappeler, c'est l'importance de cette pseudo-anémie initiale, caractérisée souvent de très bonne heure par une teinte jaune paille du tégument, et qui constitue parfois pendant un temps assez long le seul signe révélateur de la maladie, notamment lorsque la néoplasie se cantonne dans les organes intra-pelviens. J'ai connu des femmes qui, pendant bien des années, se sont plaintes uniquement de leurs sympômes pseudo-anémiques, sans accuser aucune douleur de nature à provoquer l'examen de l'utérus ou des mamelles, et chez lesquelles on a constaté, soit dans une période

---

la science pour la prévenir, elle devrait être moins meurtrière, si ce moyen était appliqué à tous d'une manière obligatoire. M. Bertillon démontre ainsi pourquoi la variole ne disparaît pas de Paris.

Sur environ 5,000 enfants qui naissent chaque mois à Paris, il n'y en a qu'un millier, soit 20 p. 100, qui soient vaccinés gratuitement par l'administration (bureaux de bienfaisance, hôpitaux, Académie de médecine). Faut-il croire que les 4,000 autres enfants reçoivent néanmoins la vaccine, soit par les soins du médecin de leur famille, soit par les établissements privés de charité? Si l'on songe que la moitié de la population parisienne a recours aux services gratuits et que, par exemple, la moitié des enterrements sont de 9e classe et gratuits, on en conclura que sur les 5,000 enfants qui naissent chaque mois à Paris, il y en a bien moins de 4,000 dont les parents paient un vaccinateur privé; que si l'administration, malgré les soins qu'elle apporte à appeler l'attention publique sur l'importance de la vaccine, malgré les primes qu'elle alloue aux parents, ne parvient à vacciner qu'un millier d'enfants, la charité privée assurément n'en vaccine qu'un nombre insignifiant, et que, par conséquent, un grand nombre d'enfants parisiens ne sont pas vaccinés du tout. De là vient que la variole ne disparaît pas de notre pays comme elle a disparu, par exemple, de l'Allemagne. »

Ce document est très important, puisqu'il montre que 80 p. 100 de la population pauvre de Paris reste à vacciner. L'armée de fonctionnaires nouveaux que veut créer le Conseil municipal aura donc de quoi s'occuper sérieusement.

déjà profondément cachectique, soit à l'autopsie seulement, l'existence d'un cancer dont l'évolution remontait certainement à l'époque des troubles pseudo-chlorotiques. — Quant à la période cachectique, elle répond ici à la déchéance organique générale qui porte aussi sur tous les éléments du sang, et qui peut être en pareil cas plus accusée que jamais.

La pseudo-anémie *paludéenne*, très bien étudiée par Kelsch depuis 1874, se caractérise par la diminution du nombre des hématies et par leur augmentation de volume, ainsi que par leur appauvrissement en hémoglobine, qui, d'après Evans, serait remplacée par une substance hyaline(?) Mais ce qui la différencie des anémies vraies, c'est la mélanémie, dont la valeur pathognomonique a été mise en évidence par le même auteur en 1880. Ordinairement charrié par les leucocytes, ce pigment noir se rencontre aussi dans le sang, à l'état libre ou enchâssé dans des masses grisâtres, et sa constatation est d'une importance capitale pour le diagnostic différentiel des fièvres paludéennes et des autres maladies fébriles, notamment dans les contrées où règne l'impaludisme. Etudiée d'abord, en Italie, par Lancisi, puis par Torti, et plus tard, en Algérie, par Maillot (qui rendit de si éminents services dans sa lutte contre les applications intempestives de la doctrine alors florissante de Broussais), la forme pseudo-continue de la fièvre paludéenne ne peut plus être contestée aujourd'hui, et il me suffira de vous signaler la confusion si souvent commise entre cette fièvre et la typhoïde pour vous faire apprécier toute l'utilité de la découverte de Kelsch.

Mais tandis que, suivant ce médecin, la mélanémie disparaîtrait presque aussitôt après le paroxysme et se constaterait tout au plus jusqu'au cinquième jour, après les accès les plus graves seulement, — le pigment noir, d'après Mosler, n'aurait pas le temps de s'éliminer complètement entre les accès et s'observerait généralement d'une manière durable. Il est bien certain que, dans les contrées paludéennes, on rencontre souvent une cachexie spéciale, caractérisée par l'apyrexie ou plus rarement par des accès de fièvre quarte (qui sont d'ailleurs exceptionnels en dehors de cet

*
**

L'opposition soulevée contre la vaccination obligatoire n'est réellement digne de trouver des adeptes que parmi ces *toubibs* algériens, dont nous parle le docteur Longo dans un intéressant article publié dans la *Revue de l'Afrique française*, où il nous donne de curieux renseignements sur la médecine arabe, autrefois si vantée, et tombée complètement dans le charlatanisme.

Actuellement, en laissant de côté les Arabes qui s'instruisent à nos écoles, il existe certains industriels qui, sous le nom de *toubibs*, mettent en avant, pour guérir leurs clients, de vieilles pratiques de la sorcellerie. Mais parmi ces toubibs, il en est qui jouissent auprès des populations d'une grande renommée; se promenant de tribu en tribu, ils vendent des drogues et pratiquent même les opérations les plus graves (trépanation, énucléation de l'œil). Il y a aussi des toubibs sédentaires, dont la vogue est également considérable, même parmi les Européens; ils pratiquent surtout la chirurgie et, comme le dit M. Longo, ils excellent à guérir les maladies qui doivent guérir seules.

Ignorants de l'anatomie, de la thérapeutique et de la pathologie, ils se livrent néanmoins à tout et avec la plus grande désinvolture. En somme, de cette médecine arabe jadis si florissante, il ne reste plus rien. M. Longo termine son travail par une curieuse anecdote :

« Il existe aux environs d'Alger, près de Frais-Vallon, un toubib renommé; des gens considérés comme intelligents vont le trouver fréquemment. Il y a quelques années, un

impaludisme invétéré) et par une teinte bistrée des téguments, en même temps que par une tuméfaction constante de la rate. Il est vraisemblable, d'autre part, que la matière colorante qui, chez les paludéens, donne une teinte spéciale aux tissus tégumentaire, encéphalique, etc., ne diffère pas de l'hématine qui se forme dans la rate et dans le foie, et qui constitue le pigment de la mélanémie. Cependant, l'existence de la mélanémie dans la cachexie palustre est encore controversée; il en est de même des rapports de cette pigmentation sanguine avec les fièvres pernicieuses. Mais, qu'elle soit persistante ou non, la mélanémie est en quelque sorte la signature de l'impaludisme, et vous ne devrez pas en négliger la recherche pour déceler la pathogénie réelle de la pseudo-anémie palustre.

Récemment aussi, Marchiafava et Golgi ont étudié, après Klebs et après Laveran, des corpuscules qu'on rencontre dans le sang des impaludiques et même dans le sang d'individus sains qui vivent dans les contrées paludéennes. Ces *plasmodies*, sur la nature desquelles on n'est pas encore fixé actuellement, représentent-elles en réalité les agents de l'infection spécifique, à l'invasion desquels semble livrer un accès la suppression des forêts entre les marécages et les habitations jusqu'alors indemnes et au passage desquels agents la plantation de certains arbres, tels que l'eucalyptus, par exemple, paraît opposer une barrière? Quoi qu'il en soit, souvenez-vous que, dans la pseudo-anémie d'origine paludéenne, la constatation du pigment noir ou des plasmodies dans le sang pourra vous fournir les indications les plus précises à l'égard de la nature de la maladie et de son traitement. Je me rappelle avoir sauvé jadis un malade qui avait rapporté d'Afrique une pseudo-anémie palustre et qui avait été repris à Paris d'un paroxysme fébrile : on le croyait atteint de méningite et on l'épuisait à force de saignées, suivant les préceptes de Broussais; l'administration de la quinine par la bouche et par le rectum guérit à la fois les accès fébriles et les troubles pseudo-anémiques dont la nature avait été méconnue. Grâce aux découvertes précédemment exposées, vous serez aujourd'hui mieux armés pour le diagnostic de la pseudo-anémie impaludique. Je veux vous rappeler

---

général français, ayant commandé devant l'ennemi en 1870, est allé le voir souvent pendant un séjour qu'il fit à Alger. Ce général ne fut pas guéri; néanmoins, ce fut une réclame colossale pour le toubib, qui en profita pour augmenter le prix de ses consultations. »

Ce fait malheureusement n'est pas commun qu'en Algérie, et Paris à lui seul compte probablement plus de toubibs sans diplôme que l'Algérie tout entière et que les gens réputés intelligents vont aussi consulter.

* * *

Quelques-uns de ces *toubibs* parisiens sont cependant moins heureux que ceux d'Algérie, car la justice se mêle quelquefois de leurs petites affaires, à leur grand détriment. La justice, il est vrai, est en général trop clémente pour eux, mais elle vient de sévir un peu plus que de coutume contre deux d'entre eux. Le sieur Casau, qui guérit toutes les maladies incurables, vient d'être condamné à nouveau par la 16[e] Chambre à 2,000 fr. d'amende pour exercice de la médecine. Le même jour, à la 11[e] Chambre, pour le même fait, le sieur Gotiau était condamné à trois mois de prison. Pourquoi cette différence? Est-ce parce que le premier, Casau, était en outre accusé d'homicide par imprudence et n'acceptait pas moins de 10 francs par consultation, tandis que le deuxième, Gotiau, se contentait de 15 sous par visite? On a voulu sans doute punir l'amateur d'argent par une forte amende et celui qui travaillait... pour l'honneur, par la prison.

SIMPLISSIME.

seulement que, selon les accidents paludéens à l'occasion desquels on vous appellera et suivant que vous aurez affaire à la forme pseudo-continue ou à la forme pernicieuse, comateuse, etc., vous devrez hâter plus ou moins l'absorption du médicament spécifique et vous devrez recourir, en conséquence, suivant ces cas et suivant aussi la tolérance du malade, à l'administration du chlorhydrate de quinine par la voie buccale, par la voie rectale, ou même par la voie sous-cutanée, et quelquefois par deux de ces voies simultanément.

Tandis que les *rhumatisants,* avant l'administration du salicylate de soude, restaient à l'hôpital soixante-neuf jours, d'après mes statistiques hospitalières, ils n'y demeurent plus que six jours, en moyenne, d'après les tableaux de ces dernières années. Aussi, établissant un rapprochement entre l'efficacité thérapeutique de ce médicament et sa puissance antifermentescible, Stricker conclut à la nature parasitaire du rhumatisme. Si la détermination de l'agent spécifique nous fait défaut, on peut reconnaître du moins que les allures, assez souvent épidémiques ou endémiques de la maladie, d'une part, l'ensemble de ses symptômes et la modalité de ses complications, d'autre part, permettent d'envisager la spécificité du rhumatisme comme étant de nature infectieuse. Je crois intéressant de vous signaler à ce sujet ce fait (constaté déjà par plusieurs médecins éminents) que sur le rhumatisme fébrile, ainsi que sur certaines fièvres graves, l'influence du salicylate de soude est bien supérieure à celle de l'analgésine, dont l'action antithermique est en pareil cas insuffisante et passagère. Le résultat de la médication actuelle, c'est la suppression des souffrances, de la fièvre et de l'anorexie, auxquelles étaient voués les rhumatisants durant la longue évolution de leur maladie, contre laquelle la thérapeutique était demeurée impuissante après avoir cessé d'être spoliatrice et directement nuisible; c'est naturellement aussi la suppression de la pseudo-anémie qui n'était que la conséquence de ces causes d'épuisement prolongées. Un autre résultat encore de cette médication récente, qui supprime les accidents rhumatismaux avant que la pseudo-anémie consécutive ait eu le temps de se produire, c'est de restituer leur valeur pronostique réelle aux souffles cardiaques qu'on rattachait précédemment aux symptômes anémiques et qu'on tenait à peine pour suspects, au lieu d'y reconnaître l'indice des altérations auxquelles on laissait le loisir de se développer dans l'endocarde.

Note à propos du bacille de la malaria

Par Lucien Deniau.

Il nous revient, par l'intermédiaire du journal *The Nature*, que le savant professeur Cohn se propose de publier sous peu dans son *Beitræge* (vol. V, 2e partie) le résultat de nouvelles recherches sur le bacille de la malaria.

Comme on sait, depuis de longues années les pathologistes ont poursuivi l'étude des conditions locales qui favorisent la prévalence à l'état endémique de la fièvre paludéenne, et recherché avec beaucoup de persévérance, mais peu de succès, l'agent microphytique qui la produit.

Les résultats sont restés jusqu'ici peu satisfaisants et on est réduit à supposer l'existence d'un germe matériel venu du sol et disséminé dans l'air.

Mais, quel est ce germe et quelle est sa nature?

Les auteurs qui ont étudié la question ont présumé que ce germe était une algue, d'autres un infusoire, un protozoaire du genre amibe, peut-être une oscillariée, peut-être la spore de quelque cryptogame.

En 1879, Klebs et Tommasi Crudeli entreprirent d'élucider la question à fond et, après une série de recherches infructueuses portant surtout sur les malades paludéens eux-mêmes, finirent, comme on dit, par prendre le taureau par les cornes et se mirent à analyser l'air, l'eau et le sol des campagnes romaines.

De l'air et de l'eau, ils ne retirèrent rien qui leur parût en connexion spéciale avec la fièvre paludéenne; mais, de la terre, cette *alma parens* de tout ce qui vit, si riche en germes de toutes sortes, les expérimentateurs réussirent à isoler un bacille dont la culture pouvait fournir un produit susceptible de donner naissance, après inoculation, à des accidents fébriles d'un type intermittent et à des lésions que ces auteurs crurent pouvoir identifier aux symptômes et aux lésions propres à l'infection paludéenne.

Les inoculations avaient porté sur des animaux et ce fait avéré, que les animaux vivant dans les régions à malaria sont à l'abri de ses atteintes et ne prennent jamais les fièvres, contribua d'abord à diminuer le crédit que l'on eût pu accorder aux assertions de Crudeli; les conditions de l'expérience, leur caractère peu probatoire, l'insuccès des imitateurs firent le reste.

Rien ne prouve que Klebs a réellement eu sous les yeux les cultures pures des bacilles spécifiques et non des bacilles identiques à d'autres champignons infectieux de la terre.

Cuboni et Marchiafava trouvèrent, il est vrai, dans le sang des malades pendant le stade de rigor, des bacilles mobiles et courts, dont la plupart portaient deux spores terminales, en sorte qu'ils purent les considérer comme correspondant au schizomycète de Klebs dans une certaine phase de sa sporulation, au moment où le filament onduleux se segmente en bâtonnets portant chacun, soit en leur milieu, soit à leurs deux extrémités ou dans toute leur longueur des spores vivaces.

Ces spores, retrouvées dans la rate des paludéens en 1880 par Crudeli, reproduisirent après culture le bacille de Klebs.

Malheureusement, Cuboni et Marchiafava purent démontrer la présence de ces mêmes bacilles, mais en quantité moins considérable, il est vrai, dans le sang de sujets indemnes de malaria, tandis que Ziehl qui retrouva les bâtonnets de Klebs, ou ce qu'il considère comme ces bâtonnets (1), aussi bien pendant le paroxysme de la fièvre que pendant le stade apyrétique, ne constata plus rien de semblable plus tard dans le sang de 25 autres individus malades. En revanche, il les trouva, paraît-il, une fois chez un glycosurique. C'est sur ces entrefaites que M. Laveran, cherchant le parasite dans le sang même des paludéens, fit la découverte de ces corpuscules dont la figure diverse et les transformations variées sont aujourd'hui bien connues; et que Marchiafava et Celli réussirent à communiquer à l'homme sain, par une injection intra-veineuse d'un gramme de sang fébricitant, la malaria avec ses lésions caractériques des globules rouges; dégénérescence pigmentaire de l'hémoglobine, apparition des hémoplasmodies dans leur intérieur, préparant probablement (?) cette dégénérescence du globule rouge.

Nous disons probablement, parce qu'il est fort possible, sinon infiniment probable, que ces granulations multicolores, en vibration, qu'on nous décrit, que les hémoplasmodies même, de Sehlen, de Laveran, de Marchiafava et de Celli ne représentent rien autre chose que des produits de désintégration secondaire des globules rouges naissant sous l'influence d'un micro-organisme encore inconnu et non pas le micro-organisme lui-même.

Or, c'est là le point qui forme tout l'intérêt de la communication annoncée de Cohn.

Le bacille que Klebs et Tommasi auraient trouvé dans le sol des régions hyperpaludéennes comme le sont les campagnes romaines, un bactériologue de Pola (Marais Pontin), le docteur Schiavuzzi, reprenant les recherches de Crudeli suivant les méthodes de Koch, l'aurait trouvé dans l'air de ces mêmes régions.

Il aurait été assez heureux pour obtenir à plusieurs reprises des cultures pures d'un bacille qui non seulement morphologiquement ne se distingue en rien de celui de Crudeli et de Klebs, mais encore produit par inoculation aux animaux les altérations et les symptômes caractéristiques de la fièvre paludéenne.

(1) Bacilles de 4 μ à 0,7 μ de longueur, en haltères, c'est-à-dire portant des spores à chaque extrémité et doués de mouvements propres.

Ces recherches, consignées par l'auteur dans le *Rendiconti* (vol. II, 4 avril 1888), après avoir été communiquées à l'Académie dei Lincei, restèrent peu remarquées, mais Cohn s'étant rencontré, à Pola, avec le docteur Schiavuzzi, reprit avec lui ces investigations dont il vient de reproduire et de vérifier les résultats dans son laboratoire de Breslau, où des photographies du nouveau bacille ont été tirées. Ce sont ces résultats qui doivent faire l'objet de la communication de Cohn, annoncée par *The Nature*.

Doit-elle faire avancer, sinon résoudre la question? c'est ce dont il est permis de douter, mais ce que nous nous plaisons à espérer. Nos lecteurs seront à même d'en juger bientôt.

BIBLIOTHÈQUE

Urétérites et pyélites, par le docteur Noël Hallé. — Paris, Steinheil, 1888.

Voici les principales conclusions de ce très important travail : L'urétérite ascendante est la cause d'un grand nombre de lésions rénales secondaires; elle reconnaît, en dehors des inflammations vésicales, et surtout chez la femme, un grand nombre de causes habituellement méconnues qui tiennent à ce que, chez elle, l'urèthre entre en contact avec les organes génitaux. L'urétéro-pyélite d'origine vésicale est la mieux connue; elle reconnaît pour cause toutes les cystites, surtout la blennorrhagique. Elle peut être unilatérale et bénigne, bilatérale et grave, unilatérale avec pyonéphrose. Les urétéro-pyélites génitales de la femme succèdent aux inflammations et aux lésions des organes génitaux. Secondairement, il y a souvent formation de calculs phosphatiques.

Le diagnostic chirurgical veut la connaissance précise de l'état de l'appareil urinaire, au point de vue opératoire. Il s'appuie sur les divers procédés d'exploration, palper et toucher. Le point le plus délicat est l'appréciation exacte de l'état du rein opposé. Les procédés de cathétérisme et de compression des uretères peuvent le permettre en faisant recueillir, isolée, par l'examen, l'urine de chacun des reins.

Le traitement est médical au début, palliatif dans les cas graves et incurables, chirurgical par la néphrotomie dans les cas de pyonéphrose, avec néphrectomie secondaire dans quelques cas rares et bien spécifiés. La néphrotomie est bénigne ; la néphrectomie est grave. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Le salol chez les enfants, par le professeur Demme. — Dans 2 cas de rhumatisme articulaire aigu, l'auteur le donna à la dose de 3 à 4 grammes par jour aussi longtemps qu'il exista de la fièvre, de la tuméfaction et de la rougeur articulaire. Au bout de cinq et sept jours, on descendit à 2 grammes, puis à 1 gramme par jour. Guérison en quatorze, seize jours.

Une petite fille de 7 ans, atteinte de la même affection, prit 5 grammes de salol par jour, par dose de 1 gramme; en quarante-huit heures, l'amendement était très notable; enfin, chez une quatrième malade âgée de 9 ans, des vomissements se montrèrent à la suite de la première dose du médicament; un lavement contenant 2 grammes de salol provoqua une urticaire généralisée. Le salicylate de soude ayant donné lieu au même exanthème, on recourut à l'antipyrine, qui fut bien supportée. Dans 2 cas d'endocardite et de péricardite rhumatismales, le salol ne donne de bons effets qu'après action de la digitale.

Deux catarrhes de la vessie furent rapidement améliorés par l'usage du médicament à la dose de 1 gramme, de 2 grammes et même de 2 gr. 50 par jour. En deux jours, la quantité d'urine augmente, la sécrétion devient acide et la mixtion indolore.

Un mélange à parties égales de poudre de talc purement pulvérisé et de salol fut appliqué sur des plaies résultant de brûlures étendues; la cicatrisation se produisit rapidement. (*Therapeut. Monat.*, 1888.) — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1888.

Sur les alcaloïdes de l'urine humaine, par M. L.-L.- W. Thudichum. — L'urine étant acidifiée avec 5 p. 100 d'acide sulfurique hydraté, préalablement dilué avec deux fois son volume d'eau, certains alcaloïdes sont précipités par une dissolution concentrée d'acide phosphomolybdique ou d'acide phosphotungstique purs et cristallisés. Le précipité bien lavé est décomposé par un mélange de baryte hydratée et de carbonate de baryte hydraté et de carbonate de baryum, à l'aide d'une chaleur douce, sans jamais laisser au liquide un excès de l'hydrate alcalin. La solution filtrée, colorée en jaune rouge foncé, contient les alcaloïdes suivants :

1° Urochrome, matière colorante normale de l'urine et ses dérivés, l'omicholine, l'acide omicholique, l'uropittine et l'uromélanine.

2° L'urothéobromine ;

3° La créatinine ;

4° La réducine, la pararéducine, et l'aromine.

— Dans la séance du 2 juillet, M. Chauvel a fait sur *les désordres produits par les projectiles du fusil Lebel* une communication dont nos lecteurs ont trouvé le compte rendu dans la dernière séance de la Société de chirurgie.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Berriat : Contribution à l'étude de la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques. — M. Negretti : Quelques observations de gangrène gazeuse. — M. Simond : La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française. — M. Auché : Etude sur l'épithélioma des os (anatomie pathologique). — M. Salis : Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et chez le cobaye. — M. Bassères : Considérations sur la chirurgie oculaire à la clinique ophthalmologique de Bordeaux (Hôpital Saint-André). — M. Petit : Quelques cas de fractures traitées par le massage. — M. Vincent : Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci. — M. Viéron : Recherches sur le développement et l'histogénèse du rein chez l'homme. — M. Marloy : Des badigeonnages de perchlorure de fer dans les lymphangites. — M. Jarjavay : Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards. — M. Lejeune : Considérations sur l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique. — M. Pascal : La ménopause prématurée par la castration ovarienne (Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins).

FORMULAIRE

Traitement de l'urémie. — Merklen.

1° Eviter l'exposition au froid, qui réduit au minimum l'émonctoire urinaire ; 2° Soustraire ou neutraliser les principes toxiques retenus dans le sang. — Afin de remplir cette double indication, on administre comme aliment exclusif, le lait qui agit alors comme diurétique. On y ajoute des lavements froids et des boissons fraîches ; on produit une révulsion répétée de la région lombaire, à l'aide de ventouses et de cataplasmes sinapisés. La digitale ne doit être employée qu'avec réserve, à cause de l'imperméabilité du rein. Elle ne réussit, du reste, que quand il existe des troubles cardiaques associés à la maladie rénale, et que celle-ci n'est pas trop avancée. La caféine et la scille procurent parfois de bons résultats. Par contre, il y a lieu de proscrire absolument les sels de

potasse à cause de leur toxicité. — La saignée convient contre l'urémie aiguë avec complication d'éclampsie. L'hydrate de chloral donné par la bouche ou par la voie stomacale est également indiqué. On le prescrit à la dose de 1 à 3 grammes, suivant l'âge du malade. — Pour combattre la dyspnée, qui est une des complications les plus rebelles de l'urémie, les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés sur le thorax provoquent une révulsion favorable. L'éther en inhalations et surtout en injections sous-cutanées amène parfois un peu de soulagement. Les inhalations d'oxygène réussissent dans quelques cas. Enfin pour remédier aux vomissements urémiques, on prescrit avant les repas, soit deux gouttes de créosote dans une cuillerée d'eau, soit deux gouttes de teinture d'iode, dans la même quantité de véhicule. — L'eau oxygénée, en s'opposant à la putréfaction stomacale, semble également efficace. — N. G.

COURRIER

Inspection médicale des corps d'armée. — Une instruction du 23 mars dernier dispose que le général commandant un corps d'armée sera l'inspecteur de ce corps d'armée, et que pour l'inspection des différents services il sera secondé par les directeurs de ces services. D'après ce nouvel ordre de choses l'inspection médicale d'un corps d'armée sera passée par le directeur du service de santé de ce corps d'armée, au lieu d'être effectuée par un médecin inspecteur, qui souvent voyait pour la première et unique fois le personnel.

C'est là une mesure de progrès, qui sera profitable non seulement aux médecins du cadre actif, qui seront jugés par celui qui les voit tous les jours à l'œuvre, mais aussi pour les médecins de réserve et de l'armée territoriale, qui peuvent se mettre facilement en rapport avec le directeur du service de santé du corps d'armée, où ils sont domiciliés, tandis qu'ils sont toujours des inconnus pour des médecins inspecteurs venus souvent de très loin.

A ce sujet, qu'il est peut-être utile de rappeler aux médecins de réserve ou de l'armée territoriale, que le moment de l'inspection générale est celui où doivent êtres faites toutes les demandes relatives au service, telles que les changements d'affectation et les propositions soit pour le grade, soit pour la décoration. (*Bull. méd.*)

— La Société de stomatologie tient ses séances le troisième lundi de chaque mois, à huit heures et demie du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28. — Adresser les lettres et communications au secrétaire général, M. le docteur Galippe, 65, rue Sainte-Anne.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 juillet 1888, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. Linossier (de Lyon). — 3. Rapport de la commission sur la candidature de M. Minovici (associé étranger). — 4. Rapport de la commission. — Vente des vins de quinquina par les marchands de vins et les limonadiers. — 5. Suite de la discussion du mémoire de M. le docteur Vibert : « Des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. » — 6. Communications diverses.

La commune de Marchaux, chef-lieu de canton (Doubs), offre forte indemnité à docteur en médecine qui s'installerait dans la localité. Pas de concurrent dans un rayon de 15 kil. — Ecrire au maire de Marchaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique (1)

Par H. Hallopeau,

Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Arrivé à établir un diagnostic précis, nous devions chercher à reconstituer l'histoire du malade, qu'il ne racontait que très imparfaitement, se contredisant fréquemment, signalant comme causes de son affection des incidents sans importance à cet égard, tels que sa revaccination à l'hôpital Saint-Antoine et l'usage d'un collyre irritant à Saint-Louis, et ne parlant pas des traitements iodurés qu'il a suivis. Nous y sommes parvenu, sinon complètement, du moins d'une manière suffisante pour être éclairé sur les conditions dans lesquelles s'est produite l'éruption médicamenteuse.

H. C... est né de parents bien portants; une de ses sœurs est morte phthisique; il a eu lui-même une bonne santé jusqu'en 1867, époque où il dit avoir eu sur le gland un chancre induré suivi de quelques accidents secondaires; en 1874, il aurait eu des syphilides buccales; depuis cette époque, il est entré plusieurs fois à l'hôpital pour des douleurs persistantes qui occupaient surtout les membres inférieurs et la région sacro-lombaire; on voit encore les cicatrices des pointes de feu qui ont été appliquées alors sur le trajet du rachis. Ces douleurs n'ont jamais complètement cessé. Il y a six ans, H. C... a été affecté d'une diplopie qui a duré cinq mois et a disparu pendant que le malade faisait usage de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 2 grammes. Le malade dit, en outre, avoir eu, il y a huit ans, un eczéma des mains pour lequel il a reçu les soins de notre collègue Vidal; cette éruption a duré quatre mois et entraîné la chute des ongles.

Depuis un an, H. C... dit avoir beaucoup maigri; sa respiration est gênée; il éprouve presque constamment de la douleur dans le côté gauche du thorax. Pendant un séjour qu'il fait au mois de mai dernier dans le service de M. le professeur Fournier, on constate, à la percussion, de la submatité; à l'auscultation, la rudesse de la respiration aux deux sommets; pendant la toux, on perçoit des craquements à gauche. H. C... a quelques symptômes d'éthylisme; il souffre de pyrosis et a des pituites le matin; il accuse de vives douleurs dans le côté gauche de la face; elles sont en relation avec une crise dentaire accompagnée de nécrose partielle d'un alvéole.

M. Fournier considère le malade comme un tabétique; les signes qui conduisent à ce diagnostic sont : l'existence dans les membres de douleurs ordinairement vagues, mais présentant à certains moments un caractère fulgurant, une sensation fréquente de fourmillements et de froid dans les extrémités inférieures, de légères vacillations dans la

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet 1888.

station debout les yeux fermés, un peu d'incertitude pendant la marche dans l'obscurité, des étourdissements après les repas, des douleurs abdominales assez intenses pour que le malade réclame des injections de morphine. la diplopie antérieure, des troubles actuels de la vue consistant en un certain degré d'amblyopie, avec sensation d'abord de « papillon volant », puis d'un brouillard qui s'accentue progressivement, surtout à gauche, l'irrégularité des pupilles et la suppression des réflexes patellaires.

L'existence du tabès ne parait plus aussi évidente pendant le séjour de notre malade dans notre service; les réflexes rotuliens sont faibles, mais perceptibles; les douleurs sont mal caractérisées; les troubles de la vue s'expliquent par les lésions iodiques de la conjonctive et de la cornée. Nous constatons cependant, comme M. Fournier, que le malade oscille aussitôt qu'on le place dans la station debout les yeux fermés et les pieds rapprochés. Nous considérons le tabès comme probable, mais en tout cas comme fort peu avancé. H. C... est un névropathe dont les réponses sont souvent contradictoires; on ne peut guère tenir compte, chez lui, que des phénomènes purement objectifs.

Pour élucider l'histoire des éruptions qui ont plus particulièrement attiré notre attention, nous avions à résoudre une première question : *les lésions de la face étaient-elles toutes, conformément au dire du malade, d'origine récente, ou certaines d'entre elles, et particulièrement la déformation du nez, devaient-elles être rapportées, comme le soupçonnait un de nos collègues, à une ancienne?*

Nous avons pu nous convaincre que le *malade disait la vérité.* Nous étant transporté dans l'hôtel où il exerçait son métier de cuisinier, nous y avons appris que *sa figure était intacte au moment où il est entré à Saint-Antoine,* c'est-à-dire le 10 août dernier; le fait nous a été confirmé par M. le docteur Rueff, qui connait le malade de longue date et l'a vu peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Notre confrère nous a fourni, en outre, ce renseignement important que *le malade faisait depuis longtemps, pour combattre la syphilis, un usage fréquent et excessif de l'iodure de potassium* naguère encore, il en avait 1 kilogramme dans sa chambre.

Les indications suivantes qu'ont bien voulu nous communiquer notre collègue M. Landrieux et son interne, M. Lafitte, sur les accidents présentés par le malade pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine, nous ont permis d'établir quelles ont été l'origine et l'évolution des éruptions actuelles.

H. C..., entré le 10 août, salle Andral, n° 3, est en proie à une réaction fébrile d'intensité moyenne; sa température était hier soir de 39°, elle est actuellement de 38°7. Il accuse une céphalalgie fronto-occipitale intense; il a eu des vomissements et un peu de diarrhée; ses urines renferment beaucoup d'albumine; *il porte actuellement sur le prépuce une dizaine de petites bulles* du volume d'une lentille, les unes en voie de dessiccation, les autres à la période d'état.

Il est très probable qu'il *s'agissait là d'accidents provoqués par l'iodure potassique que H. C... avait ingéré avant son entrée à l'hôpital, car depuis six mois que nous l'observons, nous n'avons vu survenir de bulles que sous l'influence de ce médicament, et, chaque fois qu'il en a pris, elles se sont produites en même temps qu'une réaction fébrile.* Il était impossible, en l'absence d'indications fournies par le malade, de savoir, lors de cette première éruption, quelle en était la nature, et, H. C... se disant syphilitique, on était naturellement conduit à lui prescrire la médication iodurée, ce qui fut fait. L'iodure de potassium est administré chaque jour à la dose de 2 grammes, en même temps que le malade est soumis au régime lacté.

Le 16 août, une *éruption bulleuse* se produit à la face et sur les membres supérieurs.

Des éléments dont le volume varie entre celui d'un gros pois et celui d'une pièce de 20 centimes recouvrent les paupières, le nez, les joues et le menton. Sur la face dorsale des mains et des avant-bras, on voit disséminées des bulles semblables; elles sont remplies d'une sérosité transparente et provoquent une violente cuisson.

Le malade ayant été revacciné dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Landrieux se demande si l'éruption ne serait pas due à une inoculation faite avec une lancette un peu malpropre; mais aucun des autres malades qui ont été vaccinés le même jour avec la même lancette n'a présenté le moindre accident. M. Landrieux incline à penser qu'il s'agit là d'un *état général infectieux* qui s'est révélé d'abord par la fièvre, la céphalalgie, l'albuminurie, la sécheresse de la langue, les vomissements et l'éruption préputiale, et a donné lieu ultérieurement à une nouvelle manifestation du côté de la peau.

Quoi qu'il en soit, la température tombe les jours suivants; les urines perdent leur couleur sanguinolente, mais elles restent albumineuses. L'iodure est continué.

Pendant huit ou dix jours, de *nouvelles poussées bulleuses* se montrent à la face ainsi que sur la face dorsale des mains et des avant-bras, sur le front, le nez, les joues, le menton et le pourtour des yeux; *les bulles se dessèchent et laissent à leur place un large masque croûteux, de la couleur des croûtes de l'impétigo;* le malade est *complètement défiguré;* son état s'améliore vers le 1er septembre, sous l'influence d'abord de cataplasmes de fécule, puis d'un masque de caoutchouc. H. C... quitte Saint-Antoine le 5, pour se rendre directement à Saint-Louis. *Il ne présente à ce moment aucune altération oculaire.*

Le malade a pris chaque jour, du 11 au 18 août, 2 grammes d'iodure de potassium; pendant les quatre premiers jours, une pommade mercurielle a été appliquée sur le prépuce.

Du 18 au 28 août, l'iodure a été continué à la même dose, et le malade a pris, en outre, une cuillerée à soupe de sirop de Gibert.

Du 28 août au 1er septembre, le sirop de Gibert a été seul continué.

A partir du 1er septembre, la médication spécifique a été supprimée.

En fait, *H. C... a pris à Saint-Antoine, pendant* 18 *jours, de* 2 *gr. à* 2 *gr.* 1/2 *d'iodure potassique*, et les phénomènes qu'il a présentés nous permettent d'admettre qu'*il en avait ingéré chez lui avant son entrée.* Or, nous avons vu depuis qu'il a suffi plusieurs fois de lui donner, pendant un jour ou deux, ce médicament à la dose d'un gramme pour amener d'abondantes éruptions bulleuses qui ont été suivies de végétations cutanées et ont laissé des cicatrices persistantes. On conçoit que son usage relativement prolongé à dose plus élevée ait amené des lésions plus profondes et la production des cicatrices déprimées ou saillantes, ainsi que les productions végétantes qui donnent à ce malade une si étrange physionomie. Si l'on rapproche la description des lésions qu'il présentait au mois d'octobre à Saint-Louis et celle des éruptions qui se sont produites à Saint-Antoine, on voit qu'elles sont pour ainsi dire superposées; c'est dans les mêmes régions de la face et des membres que M. Landrieux a vu se produire les bulles, et que nous avons observé les cicatrices et les végétations; les croûtes impétigineuses signalées à Saint-Antoine sont les mêmes qui persistaient en partie au commencement d'octobre. Il nous paraît donc bien établi que la plupart des lésions que nous avons observées chez H. C... ont eu pour point de départ celles qui se sont produites pendant son séjour à Saint-Antoine. Il devait cependant s'en produire de nouvelles à Saint-Louis.

D'après les notes que nous a communiquées M. Lobstein, qui faisait à ce moment le service d'interne dans notre service, où nous étions remplacé par notre collègue, M. Renault, le traitement par l'iodure de potassium est institué dès le début, en raison de la syphilis antérieure qu'accuse le ma-

lade. Celui-ci a de la diarrhée; on lui prescrit le 8 une potion au diascordium et au bismuth.

Le 13 septembre, la dose d'iodure est de 3 grammes par jour. M. Lobstein note alors une éruption de bulles sur le front; presque en même temps *débutent les lésions oculaires; une phlyctène se manifeste sur la cornée du côté gauche*, en même temps que le malade y ressent de vives douleurs. On prescrit un collyre au sulfate de cuivre.

L'iodure a été probablement suspendu à ce moment pendant quelques jours; mais, le 29 septembre, nous le trouvons de nouveau inscrit sur le cahier de visites, et il est continué, comme nous l'avons vu, les jours qui suivent notre arrivée dans le service.

Ainsi donc l'*histoire du malade en août et septembre vient montrer, comme l'a fait depuis son observation directe dans notre service, que l'iodure de potassium provoque maintenant chez lui constamment les mêmes accidents généraux et locaux tout à fait insolites;* à six reprises différentes, il a été soumis plus ou moins longtemps à l'action de ce médicament, et, chaque fois, les mêmes phénomènes se sont reproduits; *il y a donc là, en toute évidence, une relation de cause à effet.*

Le 15 décembre, le malade, qui souffre surtout de ses lésions oculaires, quitte momentanément notre service, pour aller dans celui de M. Panas. Au moment de son départ, nous constatons que l'affection cutanée est en voie de régression; les végétations développées autour et à la surface des cicatrices se sont affaissées et ont en partie disparu; beaucoup d'entre elles cependant persistent encore. Nous notons l'existence de brides cicatricielles prononcées, surtout sur l'extrémité inférieure du nez et à sa racine. Les ulcérations linguales sont cicatrisées sous forme d'étoiles blanches, fibreuses, dures et rétractées. L'ulcération anale est complètement guérie.

L'état général reste mauvais; le malade est amaigri; on perçoit les mêmes signes de tuberculose aux sommets, et nous constatons, avec M. Jeanselme, la présence de bacilles dans les crachats. Les urines sont encore très albumineuses. Il n'y a plus de fièvre. A l'Hôtel-Dieu, M. Panas, ayant reconnu que la bride cicatricielle tendue entre le nez et le front est le siège de douleurs vives et persistantes que le malade perçoit dans cette région, se décide à la sectionner et pratique ensuite une autoplastie par le procédé d'échange pour l'empêcher de se reformer.

H. C... revient le 25 janvier 1888 dans notre service de Saint-Louis, où il occupe maintenant le n° 35 de la salle Bazin.

Des lésions cutanées qu'a provoquées l'iodure, les unes sont indélébiles, ce sont les cicatrices; les autres, les végétations, ont continué leur évolution rétrograde. Les cicatrices sont nombreuses à la face et défigurent le malade; elles sont arrondies ou formées par la réunion de plusieurs cercles. Quelques-unes sont soulevées en forme de brides; on en remarque plusieurs sur la partie inférieure du nez dirigées transversalement. Celle qui existait à la racine du nez a disparu et est remplacée par le lambeau autoplastique encore réuni.

Les cicatrices sont légèrement déprimées et décolorées. Il reste peu de peau saine à la figure.

Les végétations ont en partie disparu; celles qui persistent forment une saillie bien moindre que précédemment; la plupart sont sessiles, d'une coloration rosée qui tranche sur le fond blanc des cicatrices; leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis.

Des cicatrices semblables aux précédentes se voient sur le cou, dans les points où nous avons vu précédemment des bulles se développer.

La langue est cloisonnée par des sillons nombreux et profonds qui la divisent en mamelons recouverts pour la plupart d'un épithélium épaissi et blanchâtre; on voit encore sur le côté gauche de la face dorsale une exulcération.

Sur la face dorsale des mains, les cicatrices persistent; leur surface est ridée, comme gaufrée et décolorée, si ce n'est en quelques points qui restent violacés. Les lésions que nous avons précédemment vues se produire aux avant-bras sont de même représentées actuellement par des cicatrices; on y remarque quelques dépressions qui semblent répondre à des orifices pilosébacés.

Les lésions oculaires se sont aggravées : à gauche, la conjonctive est injectée; la cornée est repoussée en avant et présente une coloration blanche et une opacité presque complète; des vaisseaux dilatés y aboutissent. A droite, la cornée est seulement un peu trouble, la pupille ne se dilate pas, ses contours sont irréguliers, on voit derrière elle des opacités sur la capsule du cristallin. Il est possible que cette iritis à marche progressive soit indépendante de l'iodisme, auquel on ne peut attribuer en toute certitude que les lésions cornéennes et conjonctivales.

L'état des voies respiratoires ne s'est pas modifié.

H. C... accuse de vives douleurs dans les membres inférieurs; partant des hanches, elles irradient jusqu'aux extrémités, en s'accentuant surtout au niveau des articulations; elles se renouvellent par crises qui durent une heure ou deux. On prescrit alternativement de l'antipyrine et du salicylate de soude.

Le 14 février, *un vésicatoire est appliqué sur la tempe droite; il ne se produit pas, les jours suivants, de végétations sur la surface vésiquée.*

M. Galezowski, que le malade va consulter, prescrit, comme nous l'avons tous fait, le *sirop de Gibert* et la *solution d'iodure de potassium*. H. C... commence, *à notre insu*, cette médication, le dimanche 4 mars, prenant seulement une cuillerée à café de chaque solution. Dès le 6 mars, il se fait une éruption sur la face de trois petites bulles.

Le 7 mars, il se produit soudainement, le matin, une *double conjonctivite intense;* à droite, la membrane est tuméfiée au point de former tout autour de la cornée un *bourrelet saillant de près d'un centimètre;* elle paraît infiltrée d'un liquide clair; sa surface est rouge et injectée; du côté gauche, on constate les mêmes altérations, avec une tuméfaction beaucoup moins prononcée. On applique sur les yeux des compresses imprégnées d'eau chaude.

Le malade prend encore, pendant vingt-quatre heures, 50 centigr. d'iodure de sodium auquel on attribue une action moins irritante sur les muqueuses; et, à partir du 8, toute médication iodique est de nouveau supprimée.

Le 8, le chémosis a beaucoup diminué, les conjonctives sont moins injectées.

Le 25 mars, M. Galezowski pratique l'iridectomie du côté droit. Le malade revient deux jours après à l'hôpital. La vision, qui était profondément troublée auparavant, mais permettait cependant à H... de se diriger, est maintenant presque entièrement abolie; le jour est distingué de la nuit, mais c'est tout; les doigts passés devant les yeux ne sont pas aperçus.

Le 10 avril, la cécité continue à être presque complète; l'état reste le même. X... accuse toujours de vives douleurs autour de l'orbite et à la racine du nez, du côté droit. Il perçoit l'ombre de la main que l'on passe devant ses yeux regardant la lumière. Les urines renferment toujours beaucoup d'albumine. On ne trouve pas de cylindres dans leur dépôt, mais seulement des globules blancs.

Le 23 mai, la situation n'est pas sensiblement modifiée.

4 juillet. — Aucune éruption nouvelle ne s'est produite; 2 grammes de bromure de potassium prescrits depuis quinze jours pour satisfaire le malade, qui réclame de nouveau avec de vives instances, le traitement ioduré, ont été bien supportés. Les lésions oculaires ont perdu leur acuité et semblent en voie de régression, témoignant ainsi de nouveau par leur évolution que leur origine n'est pas spécifique, mais médicamenteuse. M. Galezowski se propose de renouveler prochainement l'iridectomie à droite et d'enlever le cristallin dont la capsule est opaque. H. C... a donc des chances sérieuses de recouvrir la vision; mais nous craignons chez lui des rechutes, car il n'est pas guéri de sa manie iodique, et il est trop probable qu'il arrivera à se procurer ou à se faire prescrire de nouveau le médicament qui lui a fait tant de mal.

(A suivre.)

Observation d'uréthrotomie externe

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 avril 1888,

Par M. le docteur Pintaud-Désallées (de La Rochefoucauld).

Le 4 février 1887, M. le docteur Bossand m'adressait un de ses clients, atteint depuis la veille de rétention absolue d'urine, sans avoir pu parvenir à le sonder.

Voici les renseignements que je recueillis de la bouche du patient :

Renon, âgé de 25 ans, vigoureux garçon, ancien artilleur, fait un mois auparavant une chute de trois mètres de hauteur à califourchon sur une rampe d'escalier. Il s'ensuit l'émission d'une certaine quantité de sang par le méat, une énorme bosse sanguine à la région périnéale; puis, insensiblement, le jet devient filiforme, en forme de vrille et à parabole décroissante. Maintenant, la rétention est complète, et la région hypogastrique se trouve distendue par une grande quantité d'urine accumulée dans la vessie.

C'est en vain que j'essaie de passer plusieurs variétés de sondes, qui toutes sont arrêtées à la région membraneuse en avant d'un point induré, facilement perceptible à la pulpe du doigt, distant du méat de 18 centimètres environ. Toutefois, je parviens avec une sonde filiforme, chaque fois que je titille la région du rétrécissement, à obtenir l'évacuation d'une petite quantité d'urine; manœuvre qui, répétée plusieurs fois, me permet de soulager le malade de plus d'un litre d'urine; le reste a été évacué goutte à goutte dans un grand bain administré aussitôt après cette tentative de cathétérisme.

Je pensai alors à débarrasser de son rétrécissement par l'uréthrotomie interne ce jeune homme qui n'urinait que goutte à goutte par regorgement. Aussi, à partir du 6 mars, pendant quinze jours, m'appliquai-je à l'hôpital, de concert avec les docteurs Bossand et Audiot, à franchir le rétrécissement à l'aide de l'une de ces petites bougies filiformes à extrémités si variées. C'est en vain que nous essayâmes de tous les procédés préconisés en pareille circonstance, soit en laissant la bougie en place pendant vingt-quatre heures, ou bien en essayant le cathétérisme à la suite d'un bain prolongé, ou bien encore après l'application de sangsues au périnée, ou enfin au moyen de bougies en baleine.

Enfin, le 19, au moment où je désespérais d'obtenir le résultat cherché, j'eus la bonne fortune de rencontrer un confrère d'Angoulême justement estimé comme chirurgien, le docteur Bessette, auquel je fis part de mon embarras. Mon obligeant confrère voulut bien m'indiquer un procédé qui lui avait réussi en pareille occurrence et qui consiste à déterminer sur le rétrécissement une pression hydraulique à l'aide d'une sonde à bout coupé, prolongée par un tube en caoutchouc, communiquant lui-même par son extrémité supérieure avec le plafond d'un seau d'eau situé à un ou deux mètres au-dessus du lit du patient. Dès le lendemain, je m'empressai d'essayer d'un stratagème si rationnel; et comme après une heure de cette pression je n'arrivai point à passer une bougie filiforme, le jour suivant j'élevai le seau d'un mètre encore et je maintins la pression pendant deux heures, sans plus de succès.

Découragé par ces tentatives infructueuses, j'engageai le malade à sortir de l'hôpital, lui faisant entrevoir que son rétrécissement, désormais jugé infranchissable, ne pouvait être guéri que par une opération autrement sérieuse.

Renon me revient, le 10 juillet, dans un état lamentable, aussi bien au moral qu'au physique. Depuis un mois, il s'est produit, à la suite de poussées inflammatoires successives, quatre ou cinq fistules urineuses en arrière du rétrécissement, à droite du raphé médian du périnée. L'urine s'écoule non seulement pendant la miction, mais constamment par ces pertuis; aussi, Renon est-il obligé de se garnir pour pallier une infirmité rendue encore plus dégoûtante par les grandes chaleurs de la saison. Le malheureux garçon, amaigri, est las de la vie; il réclame énergiquement une opération.

Je n'avais plus à choisir; il fallut tenter l'uréthrotomie externe *sans conducteur*, puisqu'il m'était impossible d'introduire aucun cathéter depuis le méat uréthral jusque dans la poche urineuse placée au-dessous du bulbe, d'où partaient les trajets fistuleux; et que, d'autre part, il m'était aussi impossible de faire passer une bougie flexible de l'une de ces fistules à travers la poche urineuse jusque dans la vessie;

Je ne dois pas vous taire, Messieurs, que tout d'abord j'hésitai à entreprendre une opération considérée par Sédillot, je crois, comme l'une des plus difficiles de la chirurgie. Aussi, n'est-ce qu'après l'avoir bien étudiée et l'avoir même simulée sur le cadavre, que je me déterminai à la faire.

L'opération fut décidée pour le 16 juillet.

Le 15, grand bain; dose de quinine, le soir.

Autant le 16 au matin; lavement huileux.

Avec l'aide de mes confrères, les docteurs Bossand, Nadaud et Audiot, après avoir administré le chloroforme, j'introduis par le méat uréthral jusqu'au rétrécissement un cathéter canelé, et d'autre part par l'une des fistules périnéales un stylet jusque dans la poche urineuse. Faisant alors sur la ligne médiane une incision de 6 à 7 centimètres, s'étendant de la racine des bourses à 15 millimètres au-devant de la marge de l'anus, je sectionne couche par couche les tissus sous-jacents normaux d'abord, plus profondément calleux, jusqu'à ce que j'arrive sur le bec du cathéter qui fait saillie en avant, alors qu'en arrière je perçois comme point de repaire une poche fluctuante, qui n'est autre que la partie postérieure du canal de l'urèthre distendue par l'urine. Le canal de l'urèthre une fois incisé sur ces deux points antérieur et postérieur, ce qui dégage en avant le bec du cathéter et donne issue en arrière à un flot d'urine, je m'applique par quelques coups de bistouri à réunir ces deux boutonnières en une seule section, sans omettre dans l'incision les tissus fibreux formant le rétrécissement et placés dans l'intervalle, au centre desquels je m'évertue à sculpter en quelque sorte une gouttière. Désormais, l'opération sanglante, qui n'avait nécessité aucune ligature d'artère, était terminée.

Le cathéter enlevé, je passe facilement une fine bougie depuis le méat jusque dans la vessie; sur cette bougie est vissé un mandrin métallique, artifice qui permet l'introduction facile jusque dans la vessie d'une sonde à bout coupé n° 18. Aussitôt, il s'écoule par cette sonde deux tiers de litre d'urine emmagasinée dans le fond de la vessie. La sonde est fixée à demeure et laissée continuellement débouclée. La plaie est fermée par cinq points de suture métallique, puis recouverte d'une compresse phéniquée.

L'opération avait duré plus d'une heure.

Les suites ont été sans gravité. Pouls, 100. Temp., 37°,5. Absence d'inflammation de la plaie. L'urine claire passe par la sonde, et chaque jour on fait des injections phéniquées.

Les 21 et 22 juillet. — Ablation des points de suture.

Le 24. — Jamais il n'est passé d'urine par la plaie; mais un petit abcès insignifiant s'ouvre spontanément au périnée, sur la cicatrice même. Les anciennes fistules sont complètement fermées.

Le 25. — Changement de sonde facile.

Le 30. — Ablation de la sonde à demeure après 14 jours. — Malade peut se lever.

Le 3 août. — Jet d'urine volumineux pendant lequel il s'écoule quelques gouttes d'urine par le trajet resté béant du petit abcès susmentionné. — Cathétérisme avec sonde métallique n° 18 assez facile. On franchit deux points rétrécis, et après introduction dans la vessie issue d'un demi-litre d'urine muco-purulente. — Injection boriquée.

Le 7. — Départ. Plus de fistulette au périnée. Jet aussi gros et puissant qu'avant l'accident. Etat satisfaisant qui m'a encore été confirmé par l'opéré en novembre et qui ne s'était pas démenti en janvier de cette année.

BIBLIOTHÈQUE

Traité complet d'ophthalmologie, par L. de Wecker et E. Landolt, tome IVe, 2e fascicule. — Maladies du nerf optique, par L. de Wecker. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Ce fascicule, qui forme un tout complet, débute par une étude complète et fertile en déductions sur la circulation du nerf optique et de la rétine, et les rapports de la circulation de l'œil et du cerveau. L'auteur étudie ensuite les maladies du nerf, et natu-

rellement donne la plus grande place à la névrite optique, dont l'anatomie pathologique et la pathogénie sont très développées. Il admet différentes variétés cliniques de la névrite, les principales étant : les névrites rhumatismales, par intoxication, par suppression de flux, diabétique et enfin héréditaire. Viennent ensuite les chapitres consacrés aux atrophies et dégénérescences, et enfin l'exposé des anomalies congénitales et des opérations qui se pratiquent sur le nerf optique. Ce fascicule, enrichi de nombreuses gravures, se termine par une bibliographie étendue. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi du permanganate de potasse dans certaines affections utérines. — Le docteur L'Voff a publié dans un journal médical de Moscou une étude clinique sur le permanganate de potasse, dont nous trouvons un extrait dans le journal anglais, *The Lancet*, du 31 mars 1888. Il a employé ce médicament dans deux cents cas, qu'il a classés dans les cinq catégories qui suivent : 1° Dans trente-deux cas, des jeunes filles, d'ailleurs paraissant bien portantes, étaient atteintes de dysménorrhée avec diminution du flux menstruel, sans que ce trouble pût être attribué à aucune cause appréciable. Des pilules de permanganate de potasse et d'extrait de pulsatille furent administrées huit ou dix jours avant l'époque des règles, et produisirent des effets excellents. — 2° Dans dix-sept cas, où, après la parturition, l'involution de l'utérus, dit l'auteur, avait été excessive, ou bien l'atrophie de l'utérus et des ovaires s'était produite sous l'influence d'affections puerpérales de longue durée, principalement pendant l'inflammation des annexes de l'utérus, l'emploi régulier desdites pilules pendant trois à six mois a été suivi d'une amélioration dans l'écoulement menstruel, à partir de la quatrième à la sixième semaine chez les femmes jeunes, à partir du troisième au quatrième mois chez les femmes plus âgées. — 3° Dans soixante-deux cas, où une pelvi-péritonite s'était manifestée après le travail, un bon résultat a été obtenu chez la majorité des malades, mais un petit nombre n'en ont retiré aucun avantage. — 4° Dans soixante-cinq cas de jeunes femmes mariées, stériles, chez la plupart desquelles on constata la présence du gonococcus blennorrhagique, et dont plusieurs souffraient de maladies des trompes ou des ovaires, les effets de l'emploi du permanganate de potasse ont été peu remarquables, et même nuls chez plusieurs. — 5° Dans onze cas de symptômes prématurés de ménopause — de 35 à 40 ans — où l'atrophie utérine fut toujours appréciable, l'emploi du permanganate est resté sans utilité. — R.

Tétanos traumatique traité avec succès par la salicine et le bromure de potassium. — Le docteur Butlin a publié le fait suivant, que nous lisons dans le *World's medical Review* de mars 1888 : Un homme de 26 ans, d'habitudes assez intempérantes, se fit une coupure grave au bras, le 30 juin 1887, en passant la main à travers une fenêtre. La plaie parut suivre une marche favorable jusqu'au 15 juillet. A cette époque le blessé ressentit une douleur à l'épigastre ; et dans le cours du même jour les symptômes de tétanos se manifestèrent, s'aggravant jusqu'au 19. Alors, le *risus sardonicus* était très marqué, et l'on provoquait le spasme en parlant vivement ou à haute voix au malade. On plaça celui-ci dans une chambre chaude et on lui administra l'hydrate de chloral et le bromure de potassium à hautes doses ; cependant, il allait de plus mal en plus mal; et, le 22 juillet, il paraissait mourant. A une heure après midi, on lui fit prendre une potion renfermant 1 gr. 20 centig. de salicine et autant de bromure de potassium ; à trois heures, on répéta la dose, et de nouveau à cinq heures. Pendant cette médication, les spasmes devenaient moins fréquents, le pouls se relevait, et la respiration se rétablissait. Le médicament fut renouvelé toutes les deux heures pendant la nuit; et le 23 juillet, l'amélioration était très prononcée. On continua alors à donner la potion, mais toutes les quatre heures, et le mieux persista; mais ce ne fut qu'après plusieurs jours que le malade fut délivré de sa douleur à l'épigastre, et pendant près d'une quinzaine de jours il fut nécessaire de le sonder. A la fin de la sixième semaine, il était convalescent. Le docteur Butlin fait remarquer qu'il est difficile d'assigner à chacun des

deux médicaments sa part d'action propre dans la cure; mais il pense que la sueur profuse a dû avoir une influence dans le rétablissement du malade. Peut-être, ajoute-t-il, la salicine a-t-elle agi sur le centre vaso-moteur, et faut-il tenir compte de sa propriété germicide. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

SOMMAIRE : Trépanation (suite). — Ether iodoformé. — Rapport sur plusieurs observations de M. Ledru (de Clermont-Ferrand). — Fibrome utérin ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. — Hémorrhoïdes internes. — Présentations diverses.

M. MONOD rapporte une observation de trépanation qu'il a recueillie avec son interne, M. Lagenière. Il s'agissait d'un homme de 29 ans qui avait reçu un coup de pied de cheval. Le sinus frontal était ouvert et des esquilles enfoncées dans la dure-mère. L'opération fut pratiquée selon toutes les règles de la méthode antiseptique, et quinze jours après le malade était guéri.

— M. VERNEUIL désire dire quelques mots à propos de l'observation que M. Houzel a lue dans la dernière séance. Il lui semble que 100 grammes d'éther iodoformé sont beaucoup trop pour un petit abcès de coxalgie. Il faut proportionner la quantité d'éther à la capacité du sac. Quelques chirurgiens emploient une solution à 10 p. 100; il ne faut pas dépasser celle à 5 p. 100. M. Verneuil n'a jamais observé d'autres accidents que de la douleur dans certaines circonstances, en particulier dans les abcès de la fosse iliaque, parce que, dans ces derniers, le nerf crural est facilement irrité. Il insiste sur la nécessité de suivre le manuel opératoire qu'il a indiqué.

— M. KIRMISSON fait un rapport sur des observations envoyées par M. Ledru (de Clermont-Ferrand).

La première observation se rapporte à un large épithélioma du dos du nez et de la commissure interne des paupières de l'œil gauche. Après l'extirpation, l'autoplastie fut faite par un lambeau frontal.

La deuxième concerne un fait de polype naso-pharyngien chez une enfant de 13 ans. La tumeur avait envahi la fosse nasale droite, le sinus maxillaire du même côté et faisait saillie sous la joue. On enleva le maxillaire à l'aide d'une grande incision partant de la commissure et allant à la région temporale. Le rapporteur pense qu'il aurait mieux valu inciser le long de la paupière inférieure et de l'aile du nez. Il survint une fonte purulente de l'œil en dehors de toute faute opératoire.

Un polype utérin avec hémorrhagies forme le sujet de la troisième observation. Les pertes sanguines reparurent après l'ablation et ne furent guéries que par le grattage.

M. Ledru a envoyé encore un fait de résection du coude chez un syphilitique. Il y eut des difficultés par suite d'adhérences entre la partie postérieure de l'humérus et l'olécrâne, et le nerf cubital fut coupé pendant l'opération. Qu'est-il arrivé ensuite, le chirurgien ne le dit pas.

La cinquième observation relate un fait dont M. Verneuil a déjà parlé. Il s'agit des relations qui existent entre les éruptions furonculeuses et les suppurations profondes à distance. Depuis que l'on connaît la nature parasitaire du furoncle, il n'y a plus à s'étonner de la généralisation. Le malade observé par le chirurgien de Clermont-Ferrand guérit d'un abcès profond de la fosse iliaque par huit ponctions successives qui donnèrent de moins en moins de pus.

Dans la sixième observation, il s'agit d'un homme de 46 ans qui, le 10 décembre 1874, reçut un coup de pioche sur la partie supérieure et moyenne du pariétal gauche. Porté à l'hôpital, le malade y arriva dans la stupeur et offrait un engourdissement des trois derniers doigts de la main droite. Le cuir chevelu présentait une plaie linéaire au fond

de laquelle on voyait le crâne perforé. Pendant les premiers jours, il n'y eu pas de symptômes notables, mais bientôt apparurent des crises épileptiformes du côté droit et de l'embarras de la parole. A plusieurs reprises on dut extraire des esquilles, et enfin dans une dernière intervention, on débrida la dure-mère et on enleva une nappe de pus sur le cerveau. Le malade guérit.

On pourrait reprocher à M. Ledru, dont la sixième observation est à rapprocher de celle de M. Monod, de ne pas être intervenu assez vite, mais il faut se rappeler que le fait se passait en 1874, alors que la trépanation n'avait pas encore été, comme aujourd'hui, remise en honneur.

— M. Le Fort a reçu dernièrement dans son service une malade qui paraissait atteinte de *rectocèle vaginale*. Au toucher, l'utérus était à sa place ; la tumeur dure faisait saillie dans le vagin et présentait un petit orifice laissant sortir du pus. Une incision conduisit dans une cavité irrégulière creusée dans une tumeur qui parut ressembler tout d'abord à un vieil hématome. En voulant énucléer la tumeur, M. Le Fort reconnut qu'elle se continuait par un pédicule inclus dans la cloison recto-vaginale et semblait aller jusqu'à l'utérus. Ce pédicule fut sectionné près du col et la malade guérit rapidement.

Au microscope, on reconnut qu'il s'agissait d'un myome étant né probablement à la jonction du col utérin avec le corps et ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

M. Marc Sée a observé dans la cloison recto-vaginale un myome gros comme une tête d'enfant; il n'avait pas de connexions avec l'utérus.

— M. Schwartz communique un cas d'abcès rétro-utérin avec varices développées autour de son orifice dans le rectum, hémorrhagies incoercibles, destruction des hémorrhoïdes au thermo-cautère et guérison.

Il s'agit d'une dame de 57 ans atteinte depuis huit à neuf ans d'accidents de pelvi-péritonite qui ont abouti à un abcès qui s'est ouvert dans le rectum, qui se vide dans l'intestin de temps à autre et provoque des crises douloureuses très vives. Mais, en même temps que la malade perdait du pus, elle perdait aussi du sang en petite quantité d'abord, puis, depuis deux ou trois ans que la ménopause est établie, en plus grande abondance.

Au mois de janvier dernier, malgré les traitements les plus variés, les pertes de sang prirent des proportions tellement graves que l'idée d'une intervention directe fut acceptée.

L'examen sous le chloroforme avec le spéculum du professeur Trélat, puis les valves de Sims, démontra l'existence de trois bourrelets hémorrhoïdaires qui encadraient l'orifice fistuleux intra-rectal au niveau de sa circonférence inférieure et avaient l'aspect de trois grains de raisin.

Séance tenante, ils furent détruits par le thermo-cautère et toute hémorrhagie a cessé depuis lors; Mme X..., qui était arrivée au dernier degré de l'anémie, a repris ses forces et demande maintenant qu'on la guérisse de l'abcès pelvien, chose certainement plus délicate, l'abcès présentant des parois excessivement épaisses, formant une poche peu considérable non tangible par l'abdomen, peu accessible par le vagin.

Les faits d'hémorrhoïdes internes accompagnant les maladies des organes génitaux profonds ne sont pas rares; mais le développement spécial des ectasies veineuses au niveau de l'orifice fistuleux, l'abondance des hémorrhagies et leur gravité exceptionnelle, de plus, le diagnostic même de la lésion qui, malgré une profondeur de 5 à 6 centimètres, a pu facilement être attaquée, ont paru à M. Schwartz des faits suffisamment intéressants pour motiver sa communication. Il a lu la relation d'un grand nombre d'observations d'abcès rétro-utérins ouverts dans le gros intestin et, dans aucune, il n'a trouvé relatés l'existence de la disposition mentionnée ci-dessus et les symptômes observés plus haut.

M. Trélat insiste sur la nécessité, dans des cas semblables, d'une exploration complète du rectum faite le plus tôt possible.

— M. Schwartz présente une malade opérée d'orteils en marteau, des deux côtés, dans la même séance;

— M. Tillaux montre un kyste sanguin du corps thyroïde. Il est partisan de l'ablation de ces tumeurs.

— M. Nicaise présente une pierre enlevée d'une vessie villeuse. Il y avait eu une sorte de pétrification de la tumeur.

— M. Terrier montre une tumeur fibreuse du ligament large.

— M. Reynier lit une observation d'ablation de masses ganglionnaires du cou pendant laquelle il croit qu'il y a eu entrée de l'air dans les veines. La mort n'est survenue que deux jours après, probablement à la suite d'une nouvelle entrée de l'air.

MM. Nicaise et Terrier font des réserves sur la réalité de la pénétration de l'air dans le système circulatoire. — P. C.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy pendant l'année 1886.

M. Knœpfler : Des ruptures bronchiques sans fracture des côtes ou indépendantes de ces fractures dans les traumatismes du thorax. — M. Wendling : Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. — M. Thouvenel : Du charbon. Atténuation du virus charbonneux dans la terre. — M. Renard : De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte au point de vue des résultats de l'opération. — M. Griffe : Etude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de spartéine. — M. Licht : Du traitement antiseptique local de la blennorrhagie. — M. Leclerc : Contribution à l'étude de l'antisepsie en ophthalmologie. — M. Ruotte : Etude sur le traitement des fractures transversales de la rotule (Suture osseuse. Ponction de l'épanchement). — M. Spillmann : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorure de calcium cristallisé. — M. Frache : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du bichromate de potasse.

FORMULAIRE

Potion purgative sans saveur. — Léger.

Huile de ricin	15 grammes.
Saccharure de caséine pour émulsionner	q. s.
Hydrolat de laurier-cerise	5 grammes.
Eau distillée	100 —

F. s. a. une potion dans laquelle la saveur de l'huile de ricin se trouve notablement masquée. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1888, M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'Asile national de Vincennes, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de ce comité, en remplacement de M. le docteur Vallin, démissionnaire.

— Le concours, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'est terminé le lundi 2 juillet 1888, par la nomination de MM. les docteurs Marie, Netter et Gilbert.

— Le concours du clinicat médical s'est terminé, mardi 3 juillet 1888, par la nomination de MM. les docteurs Duflocq et Foubert, comme chefs de clinique titulaires, et de MM. les docteurs Ménétrier et Hischmann, comme chefs de clinique adjoints.

— Dans sa séance du 2 juillet 1888, le Conseil municipal de Paris a émis le vœu

« qu'il soit adjoint, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, un membre pris parmi les médecins des bureaux de bienfaisance, et invite M. le préfet, à la première vacance dans les quatre places auxquelles il pourvoit, à nommer un médecin du bureau de bienfaisance, membre du Conseil de surveillance ».

— Sont nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : 1° Avesnes, M. le docteur Mouronval ; 2° Marvejols, M. le docteur Daudé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaudin (de Chauvigny).

Conseils académiques. — A la suite des élections et des nominations faites par le ministre, les médecins ou pharmaciens, dont les noms suivent, font partie des Conseils académiques ci-après désignés :

Paris. — MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon.
Aix. — MM. Chapplain, Gourret et Livon.
Besançon. — MM. Bruchon et Saillard.
Bordeaux. — MM. Moussous, Perrens et Pitres.
Caen. — MM. Bourienne, Duménil et Pennetier.
Clermont-Ferrand. — MM. Gagnon et Ledru.
Dijon. — MM. Gautrelet et Maillard.
Douai. — MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck.
Grenoble. — MM. Allard et Berger.
Lyon. — M. Gailleton et Lortet.
Montpellier. — MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeyran.
Nancy. — MM. Bleicher, Coze et Tourdes.
Poitiers. — MM. Chédevergne, Danner, Raymondaut et Robert.
Rennes. — MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux.
Toulouse. — MM. Basset et Caubet.

Bureau central. — MM. Michaux et Chaput sont nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Stations thermales. — Le ministre du commerce et de l'industrie vient de décider, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène, que, dans le cours de la présente saison thermale, M. l'inspecteur général des services sanitaires visiterait, avec un ingénieur des mines, un certain nombre d'établissements thermaux. Cette inspection portera sur l'aménagement des eaux et sur les installations balnéaires.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique (1)

Par H. HALLOPEAU,

Agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Arrivé au terme de cette longue et triste histoire, essayons de la résumer en quelques lignes. H. C..., atteint d'une syphilis ancienne qui paraît depuis de longues années silencieuse, au moins en ce qui concerne la peau, a fait depuis longtemps usage de l'iodure de potassium. *Il ne peut plus maintenant ingérer le médicament sans qu'il donne lieu, le plus souvent en moins de deux ou trois jours, à des éruptions bulleuses et des phénomènes généraux.* Ceux-ci consistent surtout en une réaction fébrile intense avec diarrhée; celles-là sont pemphigoïdes ; leur contenu est tantôt citrin, tantôt purulent, parfois dense, semblable à une bouillie épaisse. Si la médication est continuée, de nouvelles poussées se produisent en même temps qu'il se fait, au niveau des premières bulles, un travail d'inflammation chronique, lequel se traduit bientôt simultanément par une atrophie de la surface du derme et par la production de végétations semblables à des condylomes; il en résulte des cicatrices étendues, traversées çà et là par des brides saillantes et changeant complètement la physionomie du malade.

Les muqueuses linguale et palpébrale, ainsi que la cornée, sont concurremment intéressées; les lésions cutanées se produisent presque constamment dans les mêmes régions qui sont la face et les avant-bras.

Nous n'avons pas à revenir sur la gravité qu'ont présentée ces phénomènes : il ressort suffisamment de leur description combien est lamentable la situation de ce malade, qui se trouve, à la fois, défiguré au point de ressembler d'une manière frappante à un vieux lupique et atteint de lésions oculaires assez profondes pour abolir complètement la vision du côté gauche et l'affaiblir beaucoup à droite. Le *diagnostic* ne peut plus actuellement soulever de difficultés : *à sept reprises différentes, les éruptions bulleuses et les troubles généraux se sont produits après l'ingestion du médicament, le plus souvent dans les quarante-huit heures qui l'ont suivie;* nous avons pu suivre, jour par jour, *le travail de phlegmasie atrophique et végétante*, qui a fait suite au soulèvement de l'épiderme quand l'usage de l'iodure a été continué pendant quelques jours; nous avons vu les bulles laisser après elles des cicatrices sur lesquelles se sont élevées des végétations. C'est bien l'iodure, et lui seul, qui a été la cause de ces accidents. C'est également lui qui a été le point de départ des lésions superficielles

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 10 juillet 1888.

des yeux; bien que le malade ait accusé, trois mois avant l'apparition des phénomènes graves d'iodisme, quelques sensations de mouches volantes, la cornée et la conjonctive étaient tout à fait indemnes quand, au milieu de septembre, alors que H. C... était soumis à une médication iodurée, il s'y est produit des lésions aiguës, bulleuses même d'après le dire des assistants, en même temps qu'une éruption pemphigoïde envahissait la face et les membres supérieurs. Tout récemment encore, lorsque le malade a pris pendant quatre jours de l'iodure de potassium à notre insu, il s'est développé soudainement une vive poussée du côté des conjonctives, avec infiltration de ces membranes par une quantité de liquide séreux assez considérable pour que celle de l'œil droit fît une saillie de près de 1 centimètre autour de la cornée.

L'origine iodique de ces diverses manifestations est encore prouvée par un fait qui, bien que négatif, a néanmoins, à ce point de vue, une importance considérable : nous voulons parler de la *cessation de toute éruption nouvelle du moment où l'usage du médicament est suspendu;* l'apparition de ces bulles pemphigoïdes, qui depuis neuf mois se sont produites à sept reprises différentes a constamment suivi la reprise du traitement ioduré; bien que soumis aux médications les plus diverses, *le malade n'a présenté aucun élément éruptif, alors qu'il ne prenait pas d'iodure.* Ce fait n'est pas seulement intéressant au point de vue du diagnostic; il montre que l'*action pathogénique du médicament ne s'accomplit qu'à courte échéance; quand il y a doute sur la nature d'une éruption, on ne doit pas la considérer comme de nature iodique, si elle se produit plusieurs jours après que le malade a cessé d'être soumis à l'influence du médicament.*

Faut-il faire intervenir la syphilis dans la production des accidents présentés par H. C...? Il est possible que, conformément aux vues de M. le professeur Fournier, elle soit la cause des phénomènes tabétiques d'ailleurs mal caractérisés que nous avons constatés chez le malade; il est possible également qu'elle ait contribué à produire l'état fissuré et mamelonné de la langue; peut-être faut-il même lui rapporter l'iritis de l'œil droit; mais pour ce qui est des éruptions, des cicatrices et des kérato-conjonctivites précédemment décrites, nous croyons pouvoir affirmer qu'elle leur est complètement étrangère, si ce n'est par la manie iodique qu'elle a inspirée au malade et dont un fait récent prouve qu'il n'est pas encore guéri.

Il a pu y avoir, au début, de l'hésitation, et plusieurs de nos collègues, en se plaçant au point de vue purement objectif, inclinaient à croire, lors d'un premier examen, qu'il s'agissait de manifestations anormales de cette maladie. La forme circulaire ou polycyclique des cicatrices était particulièrement en faveur de cette interprétation. Le début par des lésions manifestement bulleuses la rendait, par contre, peu probable, et l'histoire du malade a montré avec trop d'évidence que les bulles se produisaient chez lui exclusivement sous l'influence du traitement ioduré pour qu'une contestation soit aujourd'hui possible à cet égard; le développement de végétations en crêtes de coq sur les cicatrices et à leur périphérie eût été également un fait nouveau en syphiligraphie.

Nous avons vu que les cicatrices et les déformations qu'elles ont entraînées présentent assez d'analogies avec celles du *lupus* pour qu'un de nos collègues des plus expérimentés ait admis l'existence de cette affection; ici encore l'évolution des phénomènes observés récemment à Saint-Antoine et à Saint-Louis ne peut laisser de place au doute; ajoutons d'ailleurs que

nulle part chez H. C... ne se trouvent les nodules tuberculeux qui caractérisent le lupus.

Le pemphigus végétant de Neumann diffère notablement, par ses caractères cliniques et sa marche, des éruptions observées chez notre malade. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire la discussion de l'auteur, qui peut être résumée ainsi qu'il suit (1) : « Il se produit d'abord des bulles qui se remplissent d'un liquide purulent; lorsque l'épiderme a été enlevé, on voit au centre de l'excoriation une saillie blanchâtre qui s'étend rapidement en hauteur et en largeur, de manière à former une excroissance inégale, arrondie et papillomateuse; elle est entourée d'une zone excoriée et, plus loin, d'un soulèvement bulleux de l'épiderme; elle sécrète un liquide fétide qui se concrète en croûtes minces. Lorsqu'on les enlève, on trouve au-dessous d'elles l'excroissance tantôt recouverte d'une mince couche d'épiderme, tantôt parsemée d'excoriations punctiformes ou lenticulaires. Leurs sièges de prédilection sont, chez l'homme, d'une part, la muqueuse buccale, de l'autre la symphyse pubienne, la partie interne des cuisses et la région des fesses. Elles offrent beaucoup de ressemblance avec de *larges condylomes syphilitiques confluents*, et il n'est pas facile de les en distinguer. » Nous avons vu que les végétations fines et pédiculées de notre malade étaient toutes différentes; de plus, tandis que les excroissances du pemphigus végétant tendent à s'accroître, les végétations de notre malade se sont affaissées et ont disparu pour la plupart en quelques semaines. Puis, chez H. C..., les bulles ont été éphémères, alors que, dans la maladie de Neumann, elles s'étendent progressivement et se renouvellent incessamment pendant de longues périodes; ajoutons enfin que les figures annexées au mémoire de Neumann ne ressemblent nullement à ce que nous avons observé chez notre malade.

Nous avons dit que nous ne connaissions pas, dans la littérature médicale, de fait semblable à celui que nous venons d'étudier. Ce n'est pas à dire qu'il n'ait offert beaucoup de traits communs avec la forme bulleuse des exanthèmes iodique et bromique, telle que l'ont fait connaître des travaux récents. Si, en effet, on se reporte à la remarquable description qu'en donne Prince A. Morrow (2), on voit que, « de quelques heures à quelques jours après le commencement d'un traitement ioduré, on peut voir apparaître des bulles le plus souvent localisées à la face, au cou et sur le dos des mains, quelquefois aux extrémités inférieures, souvent sur le tronc; elles restent isolées ou se confondent avec les éléments voisins, et peuvent ainsi acquérir d'énormes dimensions; la peau est d'ordinaire infiltrée et épaissie à leur périphérie; elles peuvent reposer sur une base inflammatoire. Leur consistance est souvent ferme; leur contenu, clair au début, devient plus tard trouble, semi-purulent ou sanguinolent. Dans un fait que nous avons publié antérieurement, il était demi-solide, et comparable à une bouillie épaisse; on trouve dans les publications récentes de Bradley et de Hyde des observations semblables (3). Elles laissent après elles des taches pigmentées. Quelquefois il se produit sous les bulles une ulcération

(1) J. Neumann : Ueber Pemphigus vegetans (*Viertel Jahrsch. für Dermatologie und Syphilis*, 1886).

(2) Prince A. Morrow : *Drug eruptions*, New-York, 1888.

(3) Bradley : *L'iodisme*, 1887. — J.-N. Hyde : *Journ. of cutaneous and venereal diseases*, vol. an IV, 1887.

qui intéresse la superficie du chorion, et donne lieu à la formation d'une légère cicatrice. »

Ce qu'il y a eu de particulier dans notre cas, c'est le caractère des cicatrices et le travail de végétation dont elles sont devenues le siège, l'intensité des phénomènes oculaires et la réaction générale. Dans aucun fait, nous ne trouvons signalées ces dépressions persistantes consécutives à chaque bulle, ni surtout ces brides saillantes qui défigurent le malade et ont nécessité une autoplastie. Les végétations ont été des plus remarquables; elles se sont développées partout où il est venu des bulles, aussi bien aux membres supérieurs qu'à la face; elles offraient beaucoup d'analogie avec les crêtes de coq péniennes, avec cette particularité qu'elles étaient souvent disposées circulairement autour des cicatrices; elles se sont pour la plupart atrophiées spontanément; mais nombre d'entre elles persistent néanmoins et elles contribuent encore actuellement à modifier la physionomie du malade. L'une d'elles a été excisée et étudiée au point de vue histologique par M. Girode. Cet examen a montré qu'il s'agit d'une dermite relativement récente paraissant développée de préférence autour d'un vaisseau sanguin. On voit, au centre de la préparation, une veine d'un diamètre remarquablement large, eu égard à sa proximité de la surface; elle est entourée d'une nappe embryonnaire inflammatoire. Les papilles sont allongées, quelques-unes filiformes, d'autres très renflées. Les prolongements interpapillaires du corps muqueux, épaissi dans son ensemble, sont également allongés et plus larges qu'à leur état normal.

Les muqueuses sont le plus souvent intéressées, mais dans aucune des observations publiées jusqu'ici on n'a vu se produire des troubles oculaires comparables à ceux qu'a éprouvés notre malade; sa double kérato-conjonctivite a amené à gauche la formation d'un staphylome avec opacité de la cornée.

L'intensité de la réaction et les troubles généraux que provoque constamment chez H. C... l'ingestion de l'iodure doivent être également signalés comme des symptômes au moins très exceptionnels; nous ne les avons vus mentionnés dans aucun autre cas avec ces caractères. M. Bradley, dans l'excellent travail que nous avons cité, signale, comme un phénomène fréquent une grande accélération avec petitesse du pouls; mais il insiste sur ce fait qu'elle ne s'accompagne pas d'hyperthermie, et nous avons vu au contraire H. C... présenter une réaction fébrile accentuée chaque fois qu'il a recommencé l'usage du médicament. La diarrhée qui s'est produite constamment dans ces mêmes circonstances mérite également d'attirer l'attention.

Pourquoi H. C... présente-t-il ce mode de réaction, cette idiosyncrasie ? Ce n'est que tardivement qu'il s'est établi. Pendant des années, l'iodure de potassium paraît avoir été bien supporté, puisque le malade en faisait fréquemment abus; puis sont survenues des éruptions bulleuses; pendant longtemps elles ont été inoffensives et H. C... les négligeait; c'est cette année seulement qu'elles ont pris un caractère de gravité et ont entraîné à leur suite les désordres que nous avons indiqués. L'intolérance chez ce malade a donc été acquise.

On peut considérer, avec Prince A. Morrow, l'albuminurie comme un phénomène contribuant à développer les accidents de l'iodisme; mais, quelque considérable qu'elle soit chez H. C..., elle ne peut aucunement nous rendre compte des phénomènes d'atrophie et de végétation qui suivent

l'apparition des bulles. Il est possible même qu'elle soit la conséquence de l'iodisme et non la cause des accidents qu'il provoque. Nous avons vu que le dépôt urinaire contenait des globules blancs, mais non des cylindres. L'albuminurie a été souvent mentionnée parmi les accidents de l'iodisme.

Relativement au mode d'action du médicament en question, nous ne pouvons faire que des hypothèses. Prince A. Morrow insiste à juste titre sur la vraisemblance de la théorie qui attribue les accidents de l'iodisme à un trouble dans les fonctions des nerfs vaso-moteurs et trophiques, et M. Besnier en fait des phénomènes réflexes (1) dont le point de départ réside dans l'action du médicament sur le système nerveux d'une région intermédiaire aux centres trophiques, très probablement des voies digestives. Cette interprétation serait en effet la plus vraisemblable si, conformément aux observations de notre collègue, le même médicament introduit par la voie hypodermique ne donnait pas lieu aux mêmes accidents; mais Prince A. Morrow, dans son traité récent, lui oppose des faits contradictoires.

Nous aurions tendance, pour notre part, à admettre que le médicament, ou, pour mieux dire, le poison, après avoir pénétré dans la circulation, va déterminer en différents points du derme et des muqueuses des phénomènes d'irritation qui amènent, par voie réflexe, une hyperhémie locale bientôt suivie de l'exsudat qui constitue le pemphigus en même temps que des troubles trophiques. Quoi qu'il en soit, ce qui ne peut s'expliquer, c'est la différence des effets produits chez les divers sujets. Pourquoi, chez notre malade, ce travail de végétation que jusqu'ici l'on n'avait jamais vu se produire sous la même influence? Faut-il invoquer une réaction particulière des éléments des tissus ou des nerfs trophiques? Toujours est-il qu'elle semble bien être exclusivement produite par l'iodure. Nous savons qu'il en a été ainsi dans ces neuf derniers mois, et nous avons pu constater que la dermite bulleuse provoquée par l'application d'un vésicatoire n'eut pour conséquence ni les cicatrices ni les végétations consécutives aux bulles iodiques. L'idiosyncrasie en vertu de laquelle se développent ces végétations ne consiste donc pas dans la propriété qu'aurait chez ce malade le derme mis à nu de réagir sous cette forme. Elle n'est mise en jeu que par l'action de l'iodure.

Il est remarquable de voir un médicament donner lieu à des altérations comparables à celles que produisent les maladies infectieuses et défigurer un malade comme le font le lupus et la syphilis mutilante. Ce fait vient à l'appui de la manière de voir qui tend aujourd'hui à attribuer aux actions purement chimiques un rôle de plus en plus considérable dans la genèse des affections morbides; il montre qu'une *action toxique peut donner lieu non seulement à des inflammations érythémateuses, pustuleuses et bulleuses, mais aussi à des ulcérations suivies de cicatrices indélébiles et à des végétations très analogues aux condylomes vénériens.*

La gravité des désordres qu'a provoqués, chez notre malade, l'iodure de potassium montre avec quelle attention il est nécessaire d'observer les effets de ce médicament, même chez les sujets qui y sont accoutumés et le supportent bien depuis longtemps. A côté des phénomènes d'intolérance qui se manifestent chez certains sujets dès les premières doses, et sous l'influence des quantités les plus faibles du médicament, il en est d'autres qui ne viennent que tardivement, à la suite d'un traitement prolongé. Les

(1) E. Besnier, *loc. cit.*

hémorrhagies cutanées et probablement bulbaires, les nodosités sous-cutanées dont nous avons parlé au début de ce travail ne se sont produites qu'après un long usage des médicaments; il en a été de même des lésions ulcéreuses et des phénomènes de réaction fébrile que nous avons observés chez H. C...

Ces accidents peuvent être méconnus, non sans de graves inconvénients. Chez un de nos malades qui a eu, en même temps que du purpura iodique, un foyer bulbaire très probablement de même nature, on aurait pu croire à une manifestation spécifique et continuer à son détriment la médication iodurée; chez celui qui présente des nodosités sous-cutanées douloureuses chaque fois qu'il prend pendant quelques jours de l'iodure de potassium, on est naturellement conduit, si l'on ignore l'existence de cette manifestation iodique, à admettre l'existence de gommes, et par suite à forcer les doses. Nous avons vu enfin que, depuis neuf mois, H. C... a été soumis par quatre médecins différents à la médication iodurée, soit pour son éruption bullo-croûteuse et végétante, soit pour son affection oculaire. Le malade affirmant qu'il était syphilitique, et réclamant avec instance ce médicament, nous avons tous quatre été conduits à le lui prescrire. Il a fallu l'enquête minutieuse à laquelle nous nous sommes livré et l'observation prolongée du malade pour arriver à la vérité et reconnaître que les éruptions n'étaient pas produites par la maladie, mais par le médicament, et ce diagnostic avait ici une importance capitale, puisqu'il ne s'agissait plus d'accidents fugaces et bénins, mais de désordres graves, laissant après eux des marques indélébiles. C'est donc à juste titre que M. Besnier considère comme une règle de penser à une influence pathogénétique, chaque fois que l'on voit se produire dans le cours d'un traitement des phénomènes insolites et étrangers à la maladie reconnue. On savait que les éruptions bulleuses à contenu concret siégeant à la face et aux bras devaient faire soupçonner l'iodisme; l'histoire de notre malade montre que le développement de végétations condylomateuses et la production de cicatrices à la suite des bulles ont la même signification; il y a un intérêt puissant à ne pas la méconnaître, puisqu'en pareil cas *les accidents provoqués par l'iodure de potassium ne le cèdent pas en gravité à ceux du mercurialisme intense.* (Plusieurs cas de mort ont été publiés.)

Ces faits doivent conduire à n'administrer le médicament, sauf dans les cas urgents, qu'avec une certaine circonspection, et nous ne pouvons approuver ceux qui ne craignent pas de le donner aux doses énormes de 40 à 50 grammes par jour, surtout lorsqu'ils n'ont d'autre but que de faire disparaître, un peu plus rapidement que par les autres moyens, une éruption bénigne, un psoriasis.

Comme conclusions de ce travail, nous résumerons les faits qui en ressortent dans les propositions suivantes :

1° Les éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent, chez des sujets prédisposés, laisser à leur suite des *cicatrices indélébiles*, et s'accompagner d'un travail de prolifération conjonctive et épidermique qui se traduit par la *production de végétations,* ordinairement disposées en cercle et très analogues aux condylomes vénériens.

2° Elles peuvent occuper la conjonctive et la cornée, et entraîner ainsi *la cécité.*

3° Les cicatrices consécutives, d'ordinaire légèrement déprimées, décolorées et de forme arrondie ou polycycliques, peuvent prendre l'aspect de

brides saillantes ou se rétracter et déformer la face au point de lui donner l'aspect d'un lupus ancien.

4° Les poussées bulleuses s'accompagnent de fièvre et de diarrhée.

5° L'idiosyncrasie qui amène ce mode de réaction peut survenir tardivement chez des sujets qui, pendant longtemps, ont fait usage du médicament impunément ou sans graves inconvénients.

6° Elle est peut-être favorisée par l'existence d'une albuminurie.

7° Contrairement au préjugé vulgaire, lorsque des phénomènes insolites se produisent chez un syphilitique traité par l'iodure de potassium, on doit, bien plus que chez le sujet traité par le mercure, se demander s'ils proviennent de la maladie ou du médicament.

8° L'action pathogénétique de l'iodure ne s'exerce qu'à courte échéance.

9° Le bromure de potassium peut être bien supporté par un sujet présentant l'intolérance idiosyncrasique à l'égard de l'iodure, bien qu'il soit susceptible de produire lui-même des accidents très analogues chez d'autres individus.

REVUE DES JOURNAUX

Furoncles consécutifs à l'eczéma. — Le docteur Unna s'est occupé, dans un récent travail, de la production fréquente des furoncles à la suite des manifestations d'eczéma. La production des furoncles est-elle une conséquence de l'eczéma ? Le docteur Unna admet que l'eczéma, dans beaucoup de cas, a une origine parasitaire. Y a-t-il une relation entre le parasite de l'eczéma et celui du furoncle ? Quelle que soit la valeur de ces manières de voir, le docteur Unna recommande, en vue de s'opposer à la production des furoncles post-eczémateux, de traiter l'eczéma, dans ses dernières périodes, par des moyens parasiticides. Un des meilleurs, suivant lui, consiste à ajouter un ou deux pour cent de sublimé corrosif à l'onguent de zinc, en associant à ce traitement externe l'administration à l'intérieur d'un centigramme de sulfure de calcium, trois fois par jour. On peut choisir comme agents à ajouter aux onguents de zinc ou de plomb, l'acide phénique, le thymol, la résorcine, ou le soufre. Le goudron et l'acide salicylique se sont montrés moins efficaces. (*The New-York med Journ.*, 21 avril 1888). — R.

Eczéma chronique des fosses nasales. — Le docteur Herzog admet que, dans la majorité des cas, cette affection est une manifestation de la diathèse scrofuleuse chez les enfants (*Archiv. für Kinderheilkunde*, 1887, hft. III, p. 211). Elle est toujours accompagnée de rhinite ou coryza chronique. Elle a le plus souvent son siège à la ligne d'union de la peau et de la membrane muqueuse ; elle est le plus difficile à guérir lorsqu'elle se fixe à la face interne de la pointe du nez. Elle se complique fréquemment de furoncles, et agit comme point de départ des érysipèles à récidives. Le traitement consiste dans les moyens suivants : ramollir et enlever les croûtes, et appliquer une pommade à l'oxyde jaune de mercure, ou un mélange à parties égales d'onguent de plomb et de vaseline pure, au moyen d'un tampon approprié, placé dans la narine de manière à recouvrir bien exactement toute la région malade. Conjointement avec ce traitement, il importe de traiter le coryza chronique (*The New-York med Journ.*, 21 avril 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé, transmettant

un rapport du directeur du service de santé du 19e corps, au sujet des cas de pelade observés en Algérie, et en particulier dans la garnison de Blidah;

2° Un rapport de M. le docteur Eude, médecin-major de 1re classe, intitulé : « La rougeole et les oreillons au 90e régiment d'infanterie à Châteauroux pendant l'hiver 1887-1888 »;

3° Une lettre de M. le ministre du commerce, transmettant les formules et les échantillons de deux remèdes présentés par M. G.-M. Ginili, auxquels il attribue des propriétés curatives contre la diphthérie;

4° Une lettre de M. le ministre du commerce, transmettant le compte rendu des épidémies qui ont sévi, en 1887, dans le département de la Seine-Inférieure;

5° Une lettre de M. le ministre du commerce, transmettant les rapports des médecins-inspecteurs des eaux minérales pour la saison 1886;

6° Une lettre de M. le ministre du commerce, transmettant les comptes rendus des vaccinations pratiquées, en 1887, dans les départements de la Gironde et du Nord;

7° Une lettre de M. le ministre de l'intérieur, remerciant l'Académie de son étude de la prophylaxie de la syphilis;

8° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, transmettant un mémoire de M. le docteur Gaucher, médecin de l'hôpital d'Aïn-Temouchent, intitulé : « Nouvelles applications du nitrate d'argent sec en pathologie chirurgicale;

9° Note de M. le docteur Rifat (de Salonique), sur le traitement de la paramétrite puerpérale par le raclage de l'utérus.

— M. Cerné (de Rouen) fait une communication sur l'érysipèle infectieux et la broncho-pneumonie érysipélateuse primitive. Il admet :

1° Que l'érysipèle infectieux est produit par des déterminations viscérales résultant de la diffusion microbienne dans le sang et les viscères.

2° Que l'érysipèle peut affecter d'emblée le poumon qui, devenant par là-même une porte d'entrée favorable à la diffusion, est affecté localement d'une inflammation broncho-pneumonique et est facilement le point de départ d'une maladie infectieuse, n'étant autre chose qu'un érysipèle généralisé dans l'économie.

— M. Marty lit un supplément à son rapport sur le plâtrage des vins à la suite de réclamations envoyées à l'Académie par la Société centrale d'agriculture de l'Hérault, le maire de Lunel, M. Girard (de Montpellier), le président du syndicat régional méditerranéen.

M. Marty conclut : La commission se croit suffisamment éclairée par les faits consignés dans ce rapport, et l'Académie n'a pas qualité pour entreprendre les expériences qui lui sont demandées. Son rôle est de juger les expériences qui lui sont présentées, ou d'indiquer les principes qui doivent régir les questions d'hygiène publique.

En conséquence, la commission persiste dans ses conclusions et les soumet de nouveau à l'approbation de l'Académie.

L'Académie adopte, à l'unanimité, les conclusions de M. Marty.

— M. Nicaise fait une communication sur la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Il s'agit d'un homme de 75 ans, atteint de cancer de l'œsophage, dont le début, pour lui, remontait à dix-huit mois. A l'entrée, il est dans un affaiblissement extrême, pèse 42 kilogrammes, ne peut quitter le lit; il n'a pas la teinte cachectique des cancéreux. Pas de ganglions cervicaux engorgés; la sonde est arrêtée à 33 centimètres, c'est-à-dire au-dessus du cardia. L'alimentation étant devenue tout à fait impossible et la mort à bref délai étant certaine, l'opération est proposée et acceptée.

Elle est faite le 22 mars. L'estomac est petit, rétréci, profondément placé; on le fixe à la paroi par deux épingles et on le suture à cette paroi par des fils de soie destinés à être abandonnés dans la plaie. M. Nicaise fait au bistouri une petite ouverture suffisante pour introduire un tube de caoutchouc rouge du diamètre n° 20 de la filière Charrière. La muqueuse est suturée à la paroi abdominale. On alimente dès le jour de l'opération. D'abord, injections fréquentes et peu abondantes, ensuite plus rares et plus abondantes.

Bouillon, champagne, eau de Vichy, puis jaunes d'œufs, lait, vin de Bordeaux, peptones, jus de viande, viande hachée, etc.

Le septième jour, les forces étaient revenues et, peu à peu, le malade augmenta de 4 kilogrammes. Pendant le mois de juillet, l'appétit diminua, le malade s'affaiblit peu à peu, et enfin succomba le 1[er] septembre. A l'autopsie, on trouva un cancer du cardia et un ganglion mésentérique carcinomateux.

M. Nicaise insiste sur ce point qu'il a fait l'opération en un temps et ouvert l'estomac immédiatement, ce qui doit être la règle quand le malade est affaibli.

Plusieurs faits démontrent que l'opération en deux temps ne doit être pratiquée que lorsque le malade présente encore assez de résistance et peut s'alimenter un peu. Le diamètre de la fistule a peu augmenté et le suc gastrique n'a pas amené de phénomènes de digestion.

La terminaison fatale, dans le cancer de l'œsophage, est hâtée par l'inanition ; la sonde présente des inconvénients et des dangers : irritation, douleurs, fausses routes, impossibilités temporaires. Enfin, il y a des rétrécissements infranchissables.

La sonde à demeure a donné parfois de bons résultats ; mais, le plus souvent, elle est mal supportée. Grâce à l'antisepsie, la gastrostomie doit aujourd'hui être préférée. Egeberg en eut, le premier, l'idée en 1837 et Sédillot recommanda, en 1846, cette opération qu'il ne pratiqua qu'en 1849. Le premier succès est dû à Sydney Jones (1875), le second à M. Verneuil.

Si les statistiques semblent défavorables, c'est parce qu'on attend trop tard pour pratiquer la gastrostomie, et que la cachexie cancéreuse vient alors joindre ses effets à celle de l'inanition. Par la bouche stomacale, l'alimentation est assurée.

Les craintes qu'inspire encore aujourd'hui la gastrostomie ne sont pas fondées, et il ne faut pas la juger d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen.

Il faut intervenir dès que le malade ne peut absorber journellement la quantité de nourriture nécessaire.

— M. Constantin Paul revient sur la question de la saccharine. Elle n'est pas toxique, car on l'a donnée à des doses de 3 à 5 grammes par jour pendant des mois et elle a été bien tolérée. Les troubles de la digestion sont rares.

La saccharine arrête certaines fermentations. Elle coagule le lait immédiatement, à moins d'ajouter beaucoup de bicarbonate de soude. Elle est antiseptique, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Marfan, et peut arrêter le développement du bactérium termo et du staphylococcus pyogenes aureus, retarder celui du coccus de la fièvre puerpérale. On peut employer la saccharine comme excellent dentifrice, pour les lavages de l'estomac, dans le cancer de cet organe. Elle pourrait encore être utile pour le lavage de la vessie.

En résumé, la saccharine ne doit pas être considérée comme un aliment, mais comme un médicament. Elle jouit, sous ce rapport, de propriétés antiseptiques spéciales qui en font un médicament utilisable pour le traitement antiseptique des maladies de la bouche, de l'estomac et peut-être des voies urinaires.

— M. Verneuil appelle filipuncture une méthode caractérisée par l'introduction et l'abandon définitif, dans un sac anévrysmal, de corps étrangers filiformes, le plus souvent métalliques.

La méthode fut découverte par Moore, et appliquée pour la première fois par lui en 1864 sur un anévrysme de l'aorte. Il avait pour but principal d'accroître la formation de la fibrine, d'en produire un dépôt là où il fallait, et d'augmenter la surface intérieure sur laquelle elle pouvait se déposer. Le corps le moins irritant pour les tissus est le fil métallique. Le procédé, pour l'inventeur lui-même, ne convient qu'aux anévrysmes superficiels et non à ceux qui sont cachés dans l'abdomen ou développés derrière la crosse aortique ; l'anévrysme doit être sacciforme, à ouverture unique et non fusiforme. Comme dangers, Moore signale les embolies et la pénétration d'une partie du fil dans l'artère, ce qui exposerait encore plus à cet accident.

Le fil forme une sorte de squelette solide sur lequel se dépose la fibrine, et il doit être

très fin pour se replier facilement. L'auteur anglais avait indiqué avec grand soin le manuel opératoire et prévu la plupart des accidents.

La première opération fut pratiquée le 7 janvier 1864 sur un jeune homme de 25 ans, qui mourut quatre jours et dix heures après. A l'autopsie, une péricardite récente et des abcès des reins pouvaient expliquer la mort. Il y avait eu inflammation de voisinage, mais si elle était forte dans la partie extra-thoracique du sac dépourvue de membrane limitante, elle était nulle ou très légère dans la partie intra-thoracique. On pouvait conclure qu'un anévrysme à paroi lisse ressentirait beaucoup moins les effets irritants. Il faudrait aussi faire déposer moins de fibrine.

Domville et peut-être Muroy essayèrent la méthode vers 1871; sur trois cas ils eurent trois morts; ensuite, Baccelli eut trois revers sur trois interventions.

La filipuncture fut alors appliquée aussi aux anévrysmes périphériques sur l'artère sous-clavière, le tronc brachio-céphalique, la poplitée, la brachiale. En tout, M. Verneuil a pu réunir 34 observations.

Chaque cas était un revers et la méthode était jugée avec une telle sévérité qu'en Amérique on l'appela acte criminel; beaucoup d'auteurs la combattent et, malgré tout, d'autres la considèrent comme méritant d'être conservée.

Les motifs invoqués en faveur de l'opération sont les suivants : 1° la gravité extrême de l'anévrysme thoracique ayant perforé la paroi thoracique et menaçant de se rompre; 2° les douleurs insupportables éprouvées par certains malades; 3° l'impuissance et les dangers des autres méthodes.

On peut tout d'abord dire que le danger est loin d'être toujours imminent quand la tumeur paraît sous la peau. M. Verneuil a vu des malades guérir dans ces cas et, quand le tégument n'est pas encore trop aminci, on peut attendre.

Les douleurs les plus violentes se voient dans des cancers inopérables contre lesquels aucun chirurgien ne croit devoir intervenir. De plus, on a opéré par la méthode de Moore des malades qui souffraient peu.

Enfin, la thérapeutique médicale peut avoir, malheureusement, trop rarement de l'influence sur les anévrysmes de l'aorte. M. Verneuil a soigné en 1878 un homme porteur d'un énorme anévrysme thoracique semblant près de se rompre; il est actuellement guéri et mène une vie très active. Une autre malade atteinte d'anévrysme abdominal vit son état s'améliorer beaucoup sous l'influence des médicaments et continue à se porter assez bien.

Dans ce dernier cas, un chirurgien hardi aurait pratiqué la laparotomie, déroulé les intestins, fait la filipuncture et refermé le ventre. L'humble traitement médical a suffi pour guérir.

Un grand nombre ont essayé le traitement médical, mais ils ne l'ont pas assez prolongé, c'est ainsi qu'on l'a appliqué dix-huit jours, deux mois, un mois; d'autre part, les doses ont été souvent trop faibles. M. Lépine a traité par l'iodure une fois dix jours; une fois sept jours. Dans un troisième cas, il l'a donné en ville on ne sait à quelle dose, à l'hôpital il fut prescrit pendant trois jours.

Le malade, dont M. Verneuil a cité plus haut la guérison, a pris 5 grammes par jour pendant plusieurs mois et de temps à autre il se remet encore à la médication.

Les partisans de Moore sont trop sévères pour des méthodes chirurgicales telles que l'acupuncture, la galvano-puncture, etc. Cependant les résultats de ces méthodes, sans être très brillants, sont très supérieurs à ceux obtenus par la filipuncture.

Parmi les 34 observations que M. Verneuil a recueillies, un grand nombre manquent des détails les plus utiles, sont rédigées en quelques mots; des malades sont portés comme guéris après deux mois, temps insuffisant. Il est très difficile de comparer des faits qui sont dissemblables par le siège, l'état des organes voisins, les maladies antérieures, les procédés opératoires eux-mêmes.

La filipuncture a été appliquée dix-huit fois sur la crosse de l'aorte et l'aorte thoracique, quatre fois sur l'aorte abdominale, trois fois sur le tronc brachio-céphalique, trois fois à la fois sur le tronc brachio-céphalique et la crosse, trois fois sur la sous-clavière, trois fois sur l'artère inguinale, une fois sur la poplitée, une fois sur la brachiale.

Quatorze de ces observations ont été publiées dans le mémoire de M. Charmeil.

Sur les 34 observations il y a eu trente morts et dans les 4 autres la filipuncture n'est pour rien dans la survie.

Le procédé primitif de Moore a subi de profondes modifications et il n'en est guère resté que l'abandon de fils dans le sac. On a préconisé des fils d'argent ou de cuivre argenté, des fils relativement gros, des ressorts d'horloge de 1 mill. ou 2 mill. 1/2 de diamètre et il faut noter qu'on a alors un trocart de 3 mill. On a employé du catgut, de l'intestin de vers à soie, du crin de Florence. Les quantités de fil introduites ont beaucoup varié. Moore a mis dans un sac 23 mèt. 66 centim.; West Roosvelt, 67 mètres de fil fin d'acier; Abbe, cent pieds de catgut, puis, neuf jours après, cent cinquante pieds de fil d'acier dans la même poche. Baccelli s'est servi d'un ressort de 35 centim., de trois mesurant ensemble 1 mètre 20; et enfin de sept de 50 centimètres. Lévis a usé vingt-neuf pieds de crin de cheval, Stimsen peut-être 37, Lépine 4 mètres 50 de crin de Florence.

Pourquoi a-t-on employé le catgut, le crin de Florence, l'intestin de vers à soie qui peuvent se résorber et ne remplissent plus alors le rôle de squelette pour les caillots? Les fils de fer, les ressorts peuvent se fragmenter et devenir dangereux. Beaucoup d'auteurs ont associé divers procédés opératoires : Moore a conseillé de placer des aiguilles après les fils, d'autres ont fait passer un courant électrique, d'autres ont comprimé le sac, y ont appliqué de la glace, etc. Lépine a essayé d'augmenter la plasticité du sang avec le furfurol, enfin Lange a injecté du chlorure de sodium dans la veine céphalique.

La suite de la communication est renvoyée à la prochaine séance.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lille pendant le premier semestre 1887-1888.

M. S. Schulmann : De l'inflence de la respiration sur la circulation artérielle. — M. G. Dumont : De l'unicité de la pneumonie (étudiée surtout au point de vue bactériologique). — M. F. la Nèele : Réflexions à propos d'un cas de méningite cérébro-spinale non épidémique. — M. G. Dubar : Des tumeurs liquides des grandes lèvres. — M. G. Guillaume : De la vaccination animale dans la région du Nord. — M. Ch. Delebarre : Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. L. Thiéry : Contribution à l'étude du cylindrome. — M. H. Testu : Syphilis et érythèmes non spécifiques. — M. A. Masson : Des troubles moteurs post-épileptiques.

FORMULAIRE

Poudre antiseptique a la naphthaline.

Naphtaline	}	ââ 5 grammes.
Sucre pulv	}	
Essence de menthe		2 gouttes.

F. s. a. 20 paquets. — Deux à quatre paquets dans la journée, pour obtenir l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde, les diarrhées, la tuberculose intestinale. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans le dernier numéro, à la vingtième ligne de la page 38, au lieu de : *à une ancienne,* lisez : *à une date ancienne.*

Légion d'honneur. — Par décret en date du 5 juillet 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. les docteurs Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon ; Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Auffret et Allanic, médecins en chef de la marine ; Arnaud et Molinier, médecins principaux de première classe ; Durant, médecin principal de deuxième classe ; Malabard, Combier et Daguenet, médecins-majors de première classe ; Bouillard, pharmacien principal de première classe ; Duchaussoy, fondateur et secrétaire général de l'Association des dames fançaises.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Mahéo, Kermorvant, Le Texier, Vantalon, Giraud, Vergniaud et Clavel, médecins de première classe de la marine ; Le Janne, pharmacien de première classe de la marine ; Masméjean, deuxième maître infirmier de la marine ; Mariotte (de Sampigny), Pouget (de Laroquebron), Mergaut (de Bayon) ; Bros, Gabriel, Pau de Saint-Martin, Charier, Moine, Bourdon, Moty, médecins-majors de première classe ; Folie-Desjardins et Bernard, médecins-majors de deuxième classe ; Delahousse, pharmacien-major de première classe.

— Par décret, en date du 7 juillet 1888, M. l'aide-médecin Malespine, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat chirurgical vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard (Pitié), Walther (Charité), Rochard (Hôtel-Dieu), comme chefs de clinique titulaires ; de MM. Boiffin et Hache, comme chefs de clinique adjoints.

— Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est terminé jeudi. M. Déschamps est nommé chef de clinique titulaire, et M. Martin de Gimard, chef de clinique adjoint.

Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques s'est terminé mercredi. M. Feulard est nommé chef de clinique titulaire, et M. Cayla, chef de clinique adjoint.

Le régime alimentaire des hôpitaux de Paris. — Le Conseil municipal a également adopté l'ordre du jour suivant :

« M. le directeur de l'Assistance publique est invité à prendre toutes les mesures pouvant assurer dans tous les hôpitaux et hospices une alimentation de première qualité et bien préparée.

Cet ordre du jour était provoqué par une réclamation des pensionnaires de la Salpêtrière. Ceux-ci s'étant plaints de la défectuosité de leur alimentation, deux membres du Conseil s'étaient transportés à l'hospice et avaient constaté l'exactitude des réclamations.

M. le Directeur de l'Assistanee a protesté contre l'exactitude de ces accusations. Les aliments donnés aux malades sont de premier choix. Sans doute, en raison de la distance des cuisines ils arrivent souvent froids, ce qui est regrettable, mais l'installation d'un chemin de fer Decauville à la Salpêtrière remédiera incessamment à cet inconvénient. » *(Bull. méd.)*

Nécrologie. — Le docteur Torchet (Simon-André), ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu en 1826, la même année que Danyau, Rigaud, Littré et Duplay père, vient de mourir à l'âge de 82 ans. Après avoir exercé la médecine à Sedan pendant vingt-cinq ans, Torchet s'était retiré à Paris, où il habitait rue Bleue.

Le docteur Guillier, ancien commandant de la garde nationale en 1848, chevalier de la Légion d'honneur, ancien vice-président du conseil d'hygiène du XX[e] arrondissement, ancien médecin de l'état civil à Charonne, vient de mourir à l'âge de 74 ans.

Société de médecine de Paris. — Le deuxième samedi de juillet étant cette année le 14, jour de la fête nationale, la Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 28.

Le Gérant : **G. RICHELOT.**

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Séance très chargée à l'Académie de médecine. M. Nicaise a soutenu une thèse qui nous est chère, à savoir qu'on peut opérer avec succès et bénéfice la gastrostomie chez les sujets atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. On évite, de cette façon, l'irritation du cancer par les tentatives d'alimentation et de cathétérisme, et souvent le cancer ainsi abandonné à lui-même se décongestionne au point que le passage des aliments devient possible.

M. Verneuil, continuant l'exposé des faits d'anévrysme traités par la filipuncture, au nombre de 34, dont 33 suivis de mort sans grande amélioration, démontre que cette méthode a été appliquée dans des cas où on aurait pu s'en dispenser, car il n'y avait pas urgence à intervenir, les moyens plus doux n'ayant pas été tentés d'une manière suffisante. De plus, l'incohérence la plus grande règne dans la façon dont l'application a été faite, car chaque opérateur a modifié le procédé de Moore ou l'a combiné à d'autres méthodes, de sorte que les faits ne sont pas comparables entre eux. Tous cependant se rapprochent par un point commun, c'est-à-dire l'inefficacité, et quelquefois le danger.

FEUILLETON

CAUSERIE

La lutte pour l'existence chez les microbes. — Destruction des insectes nuisibles par les parasites végétaux. — La crémation en France. — Un singulier médecin. — Échange de mauvais procédés entre un pharmacien et un médecin.

Les recherches faites depuis quelques années sur l'antagonisme qui existe entre différentes espèces de microbes, dont les unes détruisent les autres, donnent des résultats de plus en plus satisfaisants au point de vue pratique. Un intéressant travail de M. le professeur Krassilstchik, sur les maladies des insectes qui sont produites par les parasites végétaux, inséré dans les *Mémoires de la Société des naturalistes de la Nouvelle Russie* (Odessa, 1886, vol. XI, fasc. I) renferme de curieux détails sur ce sujet. Un autre travail du même auteur, publié dans la *Revue générale d'agriculture et de viticulture méridionales*, mentionne d'importants résultats obtenus en cultivant des parasites végétaux dans le but de les appliquer à la destruction de certains insectes nuisibles à diverses industries. Cette idée avait été suggérée déjà à M. le professeur Metschnikoff par la maladie des vers à soie, appelée *muscardine*, et qui, on le sait, est causée par un champignon parasitaire.

La présence des microcoques de l'érysipèle dans le rein de malades morts de broncho-pneumonie infectieuse avec albuminurie a permis à M. Cerné (de Rouen) de montrer que l'érysipèle infectieux est produit par des déterminations viscérales résultant de la diffusion microbienne dans le sang et les viscères, — et que l'érysipèle peut affecter d'emblée le poumon.

M. Marty a soutenu avec raison les conclusions de son rapport sur le plâtrage des vins, malgré les rapports opposés des agriculteurs, viticulteurs et hygiénistes de Montpellier. Le sulfate de potasse ne sera donc pas mis dans le vin à dose supérieure à 2 grammes par litre; c'est déjà quelque chose, mais j'aurais préféré que cette dose ne dépassât pas 60 centigrammes, quantité contenue dans le vin naturel, d'après M. Marty lui-même.

M. Constantin Paul, après MM. Worms et Dujardin-Beaumetz, a refait le procès de la saccharine. Il a démontré que, si cette substance était un excellent médicament, pouvant convenir, dans certains cas, aux diabétiques, jouissant de propriétés antiseptiques incontestables, il devait rester dans les officines des pharmaciens, et ne servir en aucun cas dans l'alimentation. On trouvera, dans le dernier numéro de la *Revue scientifique*, un article très intéressant sur ce sujet dû à la plume si autorisée de M. Girard.

L.-H. P.

Rétrécissement de l'urèthre,

compliqué d'accidents généraux graves, par suite d'insuffisance rénale temporaire. — Uréthrotomie interne. — Guérison.

Par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

L'observation qui va suivre m'a paru méritée d'être rapportée à cause de la filiation des accidents, de la gravité qu'ils ont affectée pendant quelques jours, et aussi de leur heureuse terminaison.

Le malade qu'elle concerne, âgé de 55 ans, avait déjà reçu mes soins

---

En 1884, dit la *Revue scientifique*, une petite usine d'expérimentation a été construite à Imélia (département de Kieff) pour la production des champignons qui tuent les coléoptères appelés *Cleonus punctiventris*. Ces insectes occasionnent de grands dégâts dans les champs de betteraves, qui constituent une culture importante dans ce département et dans les districts voisins.

Cette petite usine d'Imélia a fonctionné pendant quatre mois d'été de l'année 1884, et elle a produit 55 kilogrammes de *spores absolument pures* du champignon appelé *Isaria destructor*. Ce champignon, découvert par M. Metschnikoff, attaque plusieurs espèces d'insectes nuisibles; mais il tue spécialement le *Cleonus punctiventris*. à tous les états de son développement, à l'état d'œuf, de larve, de nymphe et d'insecte parfait.

Dans cette production de l'*Isaria*, tous les travaux de l'usine, même ceux de l'ensemencement, ont été faits par de simples ouvriers. M. Krassilstchik n'a eu qu'à les diriger. La fabrication comportait plusieurs opérations : nettoyage et stérilisation des vases, introduction des liquides nutritifs stérilisés, ensemencement des spores et récolte des spores produites au bout d'un certain temps. Toutes ces manipulations étaient exécutées par des voies closes, à l'aide d'un système de canalisation inaccessible à la poussière et aux spores étrangères.

On a plusieurs fois calculé exactement, par des pesées, la récolte en spores sèches donnée pour une surface déterminée du liquide nutritif, et on est arrivé aux chiffres suivants : 1 mètre carré du liquide de culture donne toujours, pour une seule récolte, de 180 à 220 grammes de spores pures.

en 1883 pour des rétrécissements multiples de l'urèthre, dont le principal, dur, irrégulier, siégeait dans la région du bulbe et mesurait environ 3 centimètres de longueur.

J'avais eu recours à la dilatation temporaire, comme méthode de traitement, et j'avais pu porter le calibre du canal jusqu'à un n° 25 de la filière au tiers de millimètre.

Je n'avais pas revu ce malade depuis cinq ans; il avait, en effet, bénéficié de mon intervention et, d'autre part, il s'était astreint pendant assez longtemps à des introductions périodiques de bougies, que je lui avais expressément recommandées.

Il avait conclu du maintien de l'état favorable que la guérison était définitive et, comme beaucoup de ceux qui se trouvent dans son cas, il avait fini par cesser de s'occuper de son canal.

Le résultat, facile à prévoir, avait été la récidive de son rétrécissement; il avait alors fait quelques tentatives pour le dilater de nouveau, mais sans pouvoir y parvenir.

Ce fut dans ces conditions qu'il se décida à venir me trouver à la date du 1er mars 1888.

Il urinait très difficilement; il lui fallait beaucoup de temps pour accomplir cet acte et sa vessie ne se vidait que d'une façon incomplète. L'urine, un peu pâle, entraînait quelques filaments dans le premier jet et se troublait légèrement par la chaleur et l'acide nitrique. Examinée au microscope, elle renfermait des leucocytes et des bactéries animées de mouvements.

L'exploration méthodique de l'urèthre me permit de constater, comme lors du précédent traitement, un premier rétrécissement peu serré à la racine de la verge; un autre un peu plus étroit sur la portion scrotale, et enfin un troisième, d'au moins 3 centimètres de longueur, dur, irrégulier, dans la région du bulbe. Ce dernier laissait passer avec difficulté une bougie à extrémité déviée du calibre n° 7.

Il fut convenu que le malade conserverait le plus longtemps possible, chaque nuit, une bougie de ce calibre.

Le 4 mars, il revient me trouver, me racontant que le 2 mars au matin, après avoir

---

La quantité de spores nécessaire pour ensemencer un hectare de betteraves attaquées par le *Cleonus* (soit environ 8 kilogrammes de spores) revient seulement à 10 francs.

Quant au mode d'emploi de ces spores pour l'attaque des insectes nuisibles, il convient de les répandre dans les champs, soit mélangées à l'engrais, soit mêlées à du sable. Il est inutile de s'attacher à les enterrer en dehors des moments où l'on fait la culture normale du sang.

Dans les essais de ce genre faits en Russie, dans le gouvernement de Kieff, par l'inventeur du procédé, on obtenait sur de petites surfaces des destructions épidémiques bien nettes, qui frappaient, au bout de dix à quinze jours, de 55 jusqu'à 80 p. 100 des insectes.

M. Krassilstchik pense que, dans l'espace d'une ou de deux années, il pourra s'établir un état d'équilibre dans lequel les insectes seront tout à fait contenus par leurs parasites végétaux.

Dans ce même travail, nous trouvons encore de curieux exemples de maladies épidémiques sévissant sur les insectes et également dues à des parasites végétaux. Ainsi, on a observé en Crimée, il y a environ quinze ans, de grands espaces couverts de hautes herbes sur lesquelles pullulaient des sauterelles de l'espèce que les naturalistes appellent *Calystemus italicus*. Ces insectes se montraient par douzaines au sommet des chaumes, et ils étaient tous morts. L'examen de leur cadavre fit tout de suite reconnaître l'existence d'un champignon parasite, *Entomophthora grylli*, qui était l'incontestable cause de cette mortalité épidémique.

conservé sa bougie la nuit précédente, il a été pris de vomissements, de frisson. Il a transpiré la nuit du 2 au 3 mars, sans avoir replacé la bougie; la journée du 3 a été bonne; il a gardé sa bougie la nuit du 3 au 4 mars.

Comme il peut se reposer toute la journée du 4, je la lui remets en place, lui recommandant une tranquillité absolue.

Le 5 mars au matin, il m'envoie chercher. La bougie n'a pu être conservée la veille que jusqu'à deux heures de l'après-midi, parce qu'elle occasionnait une vive souffrance au niveau du col vésical.

A six heures du soir, accès de fièvre prononcé, suivi de transpiration abondante la nuit; en même temps, augmentation légère de la fréquence des besoins d'uriner, qui sont douloureux surtout à la fin, où la douleur est extrêmement vive.

Le 5 au matin, le thermomètre marque 38°1; pouls 108; langue brune et sèche; l'exploration des reins ne révèle ni gonflement, ni douleurs de ces organes.

Bien entendu, toute intervention uréthrale est ajournée. Je prescris du sulfate de quinine (0 gr. 75 en trois doses), des cataplasmes laudanisés sur le bas ventre, des suppositoires calmants.

Le 6, je vois le malade deux fois dans la journée. Il me raconte que, la veille, il a encore eu un fort accès de fièvre à cinq heures de l'après-midi, suivi de vomissements dans la soirée et de transpiration abondante pendant la nuit, avec respiration anxieuse. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures a été très faible, ce qui s'explique en partie par le fait de la transpiration; elle n'a certainement pas dépassé 250 à 300 grammes. L'urine est de couleur rose vif; chauffée et additionnée d'acide nitrique, elle fournit un précipité appréciable. Elle prend, sous l'influence de l'acides nitrique, une couleur rouge brun foncé; au microscope, j'y rencontre quelques hématies, des leucocytes et de nombreuses bactéries, animées de mouvements. La douleur de la fin de la miction est restée très vive.

Le malade n'accuse pas de douleurs, lorsque je presse sur les régions lombaires; je ne parviens à constater aucun gonflement des reins.

La température, le matin, est de *35°8*, le pouls à 84. Je prescris 1 gramme de sulfate de quinine pour la journée.

A dix heures du soir, le thermomètre marque 38°5, le pouls est à 104. Il y a eu un nouvel accès de fièvre à six heures du soir, ayant débuté par un frisson, suivi d'une sensation très pénible d'*étouffement épigastrique*. L'urine de la journée a été abondante, elle est d'un *rouge vif très accentué*, sans contenir de sang. Dégoût pour les aliments; en

---

Quelques années plus tard, l'épidémie s'était répandue et on pouvait la constater chez les mêmes insectes sur une vaste étendue du steppe de la Russie méridionale, et principalement à partir de la Bessarabie, depuis les rives du Dniester jusque dans le département de Saratoff, aux bords du Volga.

On a vu en Prusse des épidémies tout à fait analogues qui frappaient les insectes nuisibles aux pins, chenilles du papillon appelé *Panolis piniperda*. D'après M. Bail, qui a étudié cette épidémie, des forêts établies sur plus de dix mille hectares, dans lesquelles des dégâts fort graves avaient été occasionnés par ces chenilles, furent en peu de temps débarrassées de l'insecte, qui était attaqué à la fois par le champignon de la muscardine (*Brotrytis Bassiana*) et par une espèce d'*Entomophthora*.

On pourrait citer d'autres cas de telles épidémies se déclarant spontanément en plein air, soit dans les forêts, soit même dans les prairies, dans les potagers et dans les vergers. M. Krassilstchnik en a signalé à peu près cent quarante, parfaitement reconnues, dans le premier travail dont nous avons parlé, et dans lequel il s'est attaché à ne mentionner que celles dont l'effet mortel pour les insectes avait été très énergique. On les a reconnues sur environ cinquante espèces d'insectes, parmi lesquelles se trouvent les plus nuisibles à l'agriculture et à la sylviculture.

En somme, ces tentatives sont fort intéressantes à suivre; il faut les rapprocher de la destruction des lapins par le choléra des poules, qu'on expérimente en ce moment sur une large échelle, et aussi des essais de bactériothérapie qui se font dans un grand nombre de laboratoires et de cliniques. L'idée de susciter des parasites à d'autres para-

fait de boissons, le malade n'a pu prendre qu'un peu de grog et de vin blanc additionné d'eau. Sécheresse de la langue et de toute la muqueuse buccale. Je prescris de continuer l'administration du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 75 pendant la nuit, ce qui fera 1 gr. 50 pour les vingt-quatre heures. Il existe quelques râles sous-crépitants aux deux bases en arrière.

La nuit du 6 au 7 mars a été très pénible; il y a eu transpiration abondante; vers le matin, la sensation d'oppression épigastrique a diminué. L'urine de la nuit a été abondante, toujours colorée en rouge vif, mais moins que la veille.

Le malade a pris de la bière avec plaisir.

La douleur, en finissant d'uriner, persiste encore, mais très atténuée; les besoins ne reviennent que toutes les trois ou quatre heures.

La langue est sèche; les idées nettes; le malade se sent très faible.

A l'auscultation, râles sous-crépitants aux deux bases en arrière. La palpation des reins ne révèle toujours ni gonflement, ni douleur.

Le pouls, le matin, est à 80, la température à *35°9*. Je prescris soixante ventouses sèches sur le dos et les régions lombaires. Continuer l'administration du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme en vingt-quatre heures.

Le soir, le pouls est à 80, la température à 36°5.

Le malade se plaint d'un sentiment d'oppression extrêmement pénible, éprouvé au niveau de la partie antérieure du thorax. Il existe des râles sous-crépitants disséminés des deux côtés en arrière.

La langue est sèche, un peu brune. Dégoût très prononcé, même pour les boissons; il n'a pris qu'un peu de bière et de bouillon.

L'urine est assez abondante, troublée par des urates qui se sont précipités. Je fais appliquer un large cataplasme sinapisé sur le devant de la poitrine; sirop de chloral pour la nuit.

La nuit du 7 au 8 a été bonne; le sentiment d'oppression thoracique a disparu sous l'influence du cataplasme sinapisé. Le malade a dormi toute la nuit, après avoir pris 1 gr. 50 de chloral, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le début des accidents.

Il éprouve, quand je le vois, un sentiment de bien-être. La langue est plus humide; il a volontiers pris ce matin du lait et continué la bière qui lui semble bonne.

Le pouls est à 72; la temp. à 35°9. Je fais cesser le sulfate de quinine. L'urine laisse précipiter moins d'urates que les jours précédents; elle présente toujours une coloration rouge vif bien prononcée.

---

sites serait peut-être féconde en agriculture et en thérapeutique. Nous rappellerons seulement ce qui s'est fait dans ces derniers temps sur le traitement des tumeurs néoplasiques par les inoculations d'érysipèle, et celui de la tuberculose par celles de *bacterium termo*.

*
* *

Voici bientôt dix-huit mois que le Sénat a admis que tout majeur pouvait régler les conditions de ses funérailles, notamment en ce qui concerne le caractère civil et religieux à leur donner, et le mode de sa sépulture, à savoir l'ensevelissement ou l'incinération. Mais on attend toujours le règlement d'administration publique qui doit déterminer les conditions applicables à ces divers modes de sépulture, ainsi que l'établissement d'un crématoire digne de la ville de Paris.

Au commencement de l'année, MM. Guichard et Chassaing sont allés à Milan et à Zurich, avec mission du Conseil municipal d'étudier les appareils crématoires en usage dans les cimetières de ces deux villes. M. Chassaing écrit que les Italiens ne font pas mieux à Milan que nous au Père-Lachaise; l'incinération à Milan dure deux heures; à à Paris, elle dure une heure et demie, avec une dépense de 15 à 20 francs de bois. MM. Guichard et Chassaing estiment que le temps est tout, que la dépense est peu; ils espèrent qu'on arrivera dans quelques mois à opérer une incinération complète en une demi-heure ou trois quarts d'heure au plus. Les ingénieurs français arriveront sans peine à résoudre ce problème.

La douleur en finissant d'uriner a à peu près disparu.

Le soir, pouls à 68, temp. 36°5. La journée a été bonne, le malade a pris du lait, du bouillon, de la bière; urine abondante, plus limpide, toujours de couleur rouge vif.

La nuit du 8 au 9 mars a été moins bonne. Le malade a été agité; il a vomi un peu de son sirop de chloral.

Le 9 au matin, 68, pouls temp. 36°6. Urine abondante, couleur rouge vif. Epais enduit sur la langue. Je prescris 60 grammes de citrate de magnésie.

Le soir, le malade éprouve toujours un malaise indéfinissable; il a vomi une partie de la limonade purgative; le dernier verre conservé a provoqué trois garde-robes.

La langue est sèche, brune sur le milieu; l'urine se trouble de nouveau et laisse déposer une abondante quantité d'urate de soude; elle est toujours fortement colorée en rouge vif.

Les râles pulmonaires, qui avaient disparu, existent de nouveau en arrière.

La palpation des reins provoque, pour la première fois, un peu de douleur à droite, et il me semble constater, de ce côté, une légère augmentation de volume de l'organe.

Il existe du dégoût pour tout; le malade n'a pris qu'un peu d'eau rougie et de grog.

L'émission de l'urine se fait sans trop de difficulté. Je recommande le lait pur ou coupé d'eau d'Evian.

La nuit du 9 au 10 a été assez mauvaise; le malade a été agité sans sommeil, le sirop de chloral lui a paru augmenter l'agitation et lui a donné envie de vomir.

L'urine moins abondante est plus claire. Elle fournit un léger précipité albumineux par la chaleur et l'acide nitrique. Examinée au microscope, elle montre des leucocytes et fourmille de bâtonnets, animés de mouvements; pas de moules de tubes urinifères, ni d'hématies.

Le 10 au matin, le pouls est à 96, la temp. à 36°8.

La peau est moite; la langue est sèche, brune, presque noire sur le milieu de la face dorsale.

Le malade se plaint d'un sentiment très pénible d'oppression au niveau du thorax, en avant. Il existe des râles sous-crépitants peu nombreux en arrière, des deux côtés.

La palpation profonde des reins détermine un peu de douleur à leur niveau, particulièrement à droite. La fréquence des besoins d'uriner n'est pas grande.

Le malade est dans un état de malaise indéfinissable, perpétuellement agité; il se sent très affaissé.

Il a du dégoût pour tout, notamment pour le lait; il n'a pris qu'un peu d'eau rougie,

---

Il existe à Paris une Société pour la propagation de la crémation, qui compte 400 membres titulaires ou donateurs et 200 membres adhérents; elle poursuit lentement, mais sûrement, et par les voies légales, son but qui se borne à assurer à toute personne qui le désire la liberté de recourir à la crémation après sa mort. L'adhésion des membres n'implique aucun engagement ultérieur et laisse à chacun toute sa liberté. On ne saurait qu'applaudir, au nom de la liberté comme au nom de l'hygiène, à la sagesse et à la persévérance des efforts de la Société, en particulier de son président, M. Kœchlin, de son vice-président, M. Bourneville, et de son secrétaire général, M. Salomon.

*
* *

Depuis quelque temps le commissaire de police de Clignancourt était informé que M. L..., domicilié dans sa circonscription, exerçait la médecine illégalement.

Le magistrat fit appeler M. L... et voici la curieuse conversation qui s'échangea entre les deux interlocuteurs :

— Monsieur, lui dit le commissaire, j'ai reçu de nombreuses plaintes contre vous, pour exercice illégal de la médecine.

— Pardon, monsieur le commissaire, mais ces plaintes ne sont pas fondées, comme e vais vous le prouver.

« J'exerce la médecine, c'est vrai; mais, légalement, en vertu des droits que me confère ce diplôme. »

Et il tira de son portefeuille un diplôme de docteur en médecine parfaitement en règle.

de grog et de bouillon. Je prescris du champagne frappé additionné ou non d'eau d'Evian, soixante ventouses sèches sur le thorax, les flancs, les reins, suivies de l'application de larges cataplasmes sur les régions lombaires.

Le soir, je constate de l'amélioration; le champagne frappé a été bien supporté et pris avec plaisir, additionné d'eau d'Evian; le malade a pris en outre une quantité importante de lait additionné aussi d'eau d'Evian.

L'urine abondante présente toujours la couleur rouge vif, mais à un moindre degré.

La palpation du flanc droit provoque un peu de douleur et permet de sentir le rein légèrement augmenté de volume; à gauche, on ne sent pas d'augmentation de volume du rein, mais la palpation provoque un peu de sensibilité.

La langue est moins sèche, couverte d'un enduit blanc jaunâtre. Le pouls est à 92, la temp. à 38°1.

En raison de l'élévation constatée dans la température, je prescris 0 gr. 75 centig. de sulfate de quinine à prendre en trois doses pendant la soirée et la nuit.

Continuer les larges cataplasmes sur les régions lombaires.

La nuit du 10 au 11 mars a été excellente.

Le 11 au matin, le pouls est à 72, la temp. 36°7.

La langue est encore couverte d'un épais enduit, mais plus humide.

La quantité d'urine rendue pendant la nuit a été d'environ trois quarts de litre; on a continué l'administration du champagne et du lait, les larges cataplasmes. Pour la journée, même traitement et administrer encore 0 gr. 50 centig. de sulfate de quinine.

Le soir, je trouve le malade en bonne situation; pouls 80, temp. 36°5. Il a pris du lait avec une sorte d'avidité, deux litres depuis le matin; il a, par contre, renoncé au champagne qui avait cessé de lui plaire.

Il existe toujours un peu de douleur à la palpation dans les deux régions rénales et une légère augmentation de volume des reins.

L'urine abondante commence à perdre la teinte rouge vif qui a existé ces jours derniers.

Continuer le lait et les larges cataplasmes sur les régions lombaires.

Rien de particulier à noter pour la journée du 12. Le matin, le pouls est à 84, la temp. à 36°6; le soir, le pouls est à 76, la temp. à 36°8.

L'urine abondante a à peu près perdu la teinte rouge vif; même état des reins. Continuer les cataplasmes et le lait.

Dans la nuit du 12 au 13, le malade a rendu deux litres d'urine, qui avait perdu la

---

— Je ne comprends pas, fit le commissaire, étonné, pour quelle raison alors vous cachez vos titres. Peut-être avez-vous été interdit ou condamné?

— Oh! nullement. Mon casier judiciaire est intact, et puisque vous désirez des explications, je vais vous en fournir :

« A vingt-sept ans, je fus reçu docteur, à la Faculté de Paris. Je n'avais pas de fortune. Pour arriver à payer mes frais d'examens et de thèse, j'avais travaillé avec acharnement, j'avais fait des économies sur mes appointements d'interne des hôpitaux. Comme j'avais été remarqué des professeurs, en passant ma thèse, je voulus rester à Paris, pensant qu'il me serait facile de me créer une clientèle. J'achetai, à crédit, un petit mobilier et j'attendis.

« Quelques clients vinrent, mais bref, je mourais de faim et, presque désespéré, je partis pour Terre-Neuve, sur un méchant bateau de pêcheurs à la morue. Je gagnai quelques centaines de francs et revins à Paris.

« J'abandonnai la médecine pour faire de la représentation de commerce. Entre temps, j'eus l'occasion de donner des soins à plusieurs voisins, sans leur avouer que j'étais docteur; je fus largement payé. Dès lors, convaincu que le charlatanisme vaut mieux que la science, je me remis de nouveau à donner des consultations clandestinement. Et les clients furent nombreux, ils me payèrent régulièrement sans compter. Et depuis dix ans, j'exerce la médecine ayant l'air de me cacher. J'ai fait fortune, j'ai aujourd'hui dix mille francs de rente. . . . .

« Voilà, M. le commissaire, mon histoire. Soyez discret. Et surtout ne dites pas aux

teinte rouge vif et pris la teinte normale; elle était seulement un peu louche. Il avait consommé trois litres de lait dans la journée du 12.

Le 13, je constate la diminution de volume des deux reins, en même temps que la diminution de la douleur provoquée à leur niveau par la pression. Il existe de l'intermittence du pouls que je n'avais pas trouvée pendant l'existence des accidents et qui ne s'est pas reproduite depuis.

La langue est humide, mais non encore nettoyée.

Le matin, le pouls est à 72, la temp. à 36°3 ; le soir, le pouls est à 76, la temp. à 36°1 ; la quantité d'urine de la journée a été de un litre et demi.

Le malade a pris du lait, s'est remis de lui-même au champagne non frappé. On a continué les cataplasmes sur les régions lombaires.

A partir du 14 mars, on joint au lait des potages.

Le 15, je constate qu'il n'existe plus ni gonflement ni douleurs dans les régions lombaires ; je fais supprimer les cataplasmes.

Le 16, la langue est tout à fait nettoyée ; le malade commence à manger de la viande; il prend malgré cela du lait et continue le champagne.

Le 17, il me signale cette particularité que la miction, relativement facile pendant la durée des accidents, redevient malaisée. Je prends la détermination de pratiquer l'uréthrotomie interne à bref délai. L'état général est excellent ; les accidents inquiétants de la période précédente dus à l'insuffisance temporaire de l'action dépuratoire des reins, ont entièrement cessé.

Le 21 mars, je pratique l'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve ; la lame employée est du n° 23 ; je la fais agir sur la paroi supérieure. Je laisse à demeure une sonde n° 16 à bout coupé. La vessie, comme convulsée, refuse d'admettre aucune quantité de la solution tiède d'acide borique que j'y avais poussée pour en pratiquer le lavage. D'ailleurs, la sonde fonctionne bien, l'urine s'écoule goutte par goutte à intervalles réguliers. Je laisse la sonde débouchée.

Je prescris au malade 1 gramme de sulfate de quinine pour la journée ; il en avait pris 0 gr. 50 centig. la veille de l'opération.

Le soir, le pouls est à 80, la temp. à 37° ; la sonde a bien fonctionné.

Le 22, le pouls est à 72, la temp. à 36° ; le malade a pris pendant la nuit un peu de grog et de champagne; je fais continuer l'administration du sulfate de quinine à la même dose.

Le 23, je trouve le malade absolument sans fièvre ; mais il a souffert toute la nuit *des*

---

plaignants que je suis docteur de la Faculté, je perdrais probablement ma clientèle. En échange de votre discrétion, je soignerai gratuitement tous les indigents que vous m'enverrez. »

***

Une curieuse affaire vient de se dérouler devant le tribunal de Saint-Gaudens (Haute Garonne). M. H. B..., officier de santé, adresse une plainte au parquet contre M. E. V..., pharmacien dans la même commune, pour exercice illégal de la médecine ; ce dernier répond en dénonçant le médecin comme faisant illégalement de la pharmacie. Les deux plaignants, reconnaissant mutuellement leurs torts, le tribunal les condamne à 35 fr. d'amende chacun.

L'échange de mauvais procédés a été on ne peut plus équitable.

SIMPLISSIME.

PILULES CONTRE LA MÉTRITE CHRONIQUE. — Gallard.

Ergotine	ãã 5 grammes.
Carbonate de fer................................	
Extrait thébaïque...............................	0 gr. 50 centigr.

F. s. a. 50 pilules. — 4 par jour contre l'inflammation chronique de l'utérus. — N. G.

talons, par suite de la présence de la sonde, comme certains calculeux qui souffrent dans la même région, tant que leur vessie n'a pas été débarrassée.

J'enlève la sonde après un séjour de quarante-huit heures. On administrera aujourd'hui 0 gr. 75 centig. de sulfate de quinine.

Le 24, au matin, je constate que mon opéré a un peu de fièvre; le pouls est à 96, la temp. à 37°7; il a vomi un peu de bile; la langue est sèche.

La veille, il a pris du lait et un potage.

Il n'y a pas eu de garde-robe depuis quatre jours; je prescris un lavement avec 30 grammes de miel de mercuriale. Continuer le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 75 centig.

Le 25 mars, on m'apprend que le malade a eu la veille au soir un accès de fièvre avec frisson suivi de chaleur et d'une abondante transpiration qui a nécessité le changement de linge. Ce matin, il a eu de nouveau une sensation de froid et il a vomi un peu de bile; le pouls est à 96; la temp. à 37°7.

Comme, malgré le lavement d'hier, il n'y a pas eu de garde-robe, je prescris 25 grammes d'huile de ricin. L'urine est très foncée sans contenir de sang; il existe des douleurs spontanées au niveau du rein droit et provoquées dans les deux flancs; à la palpation, je ne sens pas les reins augmentés de volume.

La langue est un peu sèche, jaunâtre. Il existe au niveau de la partie antérieure du thorax un sentiment de gêne très pénible, analogue à celui qui s'est manifesté dans la période des accidents qui ont précédé l'opération, et l'on retrouve la douleur en finissant d'uriner, qui a caractérisé le début de cette période. Il n'y a pas de fréquence des besoins.

Outre l'huile de ricin, je prescris l'administration du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et l'application de larges cataplasmes sur les régions lombaires; cataplasme sinapisé sur la partie antérieure du thorax.

Le soir, je trouve l'anxiété du matin remplacée par un sentiment de calme et de bien-être. L'huile de ricin a provoqué des selles très abondantes.

La fièvre a entièrement disparu; le pouls est à 76, la temp. à 35°7.

A partir de ce moment, aucun accident ne s'est reproduit; l'état général s'est progressivement amélioré.

Le malade a continué l'usage du lait jusqu'au 29 mars pour revenir ensuite à une alimentation normale.

Les forces étaient complètement rétablies vers le 15 avril.

A la suite de quelques séances de dilatation destinées à compléter les résultats de l'uréthrotomie, le canal admettait facilement le n° 23 de la filière au tiers de millimètre.

J'ai recommandé au malade de maintenir ce résultat par des introductions périodiques de bougies.

Il est intéressant, dans le cas qui nous occupe, de suivre la filiation des accidents.

L'introduction et le maintien à demeure d'une fine bougie, le 4 mars, provoquent ce jour-là, ainsi que le 5 et le 6, des accès de fièvre que je puis qualifier de modérés, puisque la température ne dépasse pas 38°5.

A partir du 6, la fièvre tombe; le thermomètre se tient même un peu au-dessous de la normale, ainsi qu'on peut s'en assurer en se reportant aux températures inscrites dans le cours de l'observation.

On ne trouve d'exception que le 10 au soir, où je constate un léger écart en trop (38°1), et cependant, dans la période qui s'étend du 6 au 11 mars, le malade est en proie à des accidents généraux graves.

Il a du dégoût pour toute espèce d'aliments et de boissons; il éprouve une agitation extrême; il dit qu'il va mourir; il a des accès de dyspnée que ne peuvent expliquer les quelques râles sous-crépitants constatés aux

deux bases en arrière et qui sont tout à fait comparables à ceux qu on observe dans l'urémie.

La langue se sèche progressivement; elle est brune, et, le 10, sa coloration est devenue presque entièrement noire.

Pendant cette période, l'urine est rendue en quantité plutôt insuffisante; sans contenir de sang, elle présente une *couleur rouge vif* très prononcée; à diverses reprises, elle laisse déposer des urates en abondance. Examinée plusieurs fois au microscope, elle montre des leucocytes, une quantité considérable de bactéries, l'absence d'hématies et de moules de tubes urinifères.

Pendant cinq jours, au plus fort des accidents, il est possible de provoquer un peu de douleur par la pression au niveau des reins et je constate un peu d'augmentation de volume de ces organes. Mais, je le répète, dans cet intervalle, la température, prise avec une grande exactitude, s'élève une seule fois à 38°1; le reste du temps, elle oscille entre 36°5 et 36°8. Puis les accidents disparaissent rapidement et, dès le 16 mars, le malade se sent assez d'appétit pour se remettre à l'usage de la viande.

Il me paraît évident qu'ici la fièvre du début, qui a suivi l'introduction de la bougie, ne saurait s'expliquer par la théorie de l'absorption urineuse. La bougie avait été introduite sans effraction; elle n'avait amené aucun écoulement sanguin.

D'autre part, dans les accès de fièvre qui succèdent à l'absorption de l'urine, on constate des températures élevées, 40°, 41°.

Je suis persuadé que la bougie a provoqué par action réflexe un état congestif des reins; la vive douleur du col, ressentie les premiers jours par le malade, plaide en faveur de cette explication, et d'ailleurs j'ai constaté ultérieurement un peu d'augmentation de volume et de la douleur de ces organes.

Il en est résulté tout d'abord de l'élévation de la température et, comme conséquence, une production exagérée des déchets de la nutrition.

Mais les reins, ainsi surpris par la congestion, étaient déjà, suivant toute vraisemblance, affectés à un certain degré par la néphrite interstitielle ascendante, si commune chez les vieux rétrécis qui vident mal leur vessie. Il devient dès lors facile de comprendre qu'ils se soient montrés insuffisants au moment où ils auraient eu besoin d'accomplir leur fonction dépuratoire avec plus d'activité qu'à l'ordinaire. De là, par suite de rétention dans l'économie d'abondants déchets organiques, la production d'accidents tout à fait comparables à ceux de l'urémie, accidents qui ont disparu lorsque, la congestion rénale ayant cessé, la fonction urinaire a repris son activité normale.

Tel est le genre d'explication qui me paraît le plus plausible.

Il y a lieu de se demander pourtant si les accidents ne pourraient pas se rattacher à un empoisonnement microbien.

La question des empoisonnements microbiens ayant leur point de départ dans l'appareil urinaire est actuellement à l'étude; nul doute qu'elle ne répande une vive lumière sur bien des points restés obscurs de la pathologie de cet appareil.

Pour le moment, elle n'est pas encore élucidée; on ne peut donc que se tenir sous ce rapport dans la réserve; mais on doit, en attendant, prendre des précautions antiseptiques aussi complètes que possible, ce que je ne manque jamais de faire.

Parmi les moyens qui, dans le cas présent, m'ont paru exercer une heureuse influence sur la cessation des accidents, je dois signaler surtout l'application de nombreuses ventouses sèches, celle de larges cataplasmes sinapisés pour combattre la dyspnée, celle de larges cataplasmes ordinaires sur les régions lombaires, l'emploi du sulfate de quinine pendant les périodes d'ascension thermométrique, et enfin l'usage du lait, qui, d'abord repoussé par le malade, chez qui il produisait du dégoût et des nausées, a fini par être accepté après que le champagne eut calmé la susceptibilité de l'estomac.

L'état général redevenu favorable, il fallait songer à rétablir le calibre de l'urèthre; j'ai demandé ce résultat à l'uréthrotomie interne pratiquée avec une asepsie aussi rigoureuse que possible.

Après l'enlèvement de la sonde à demeure, il y a encore eu pendant deux jours des troubles comparables à ceux d'avant l'opération, mais moins accentués, et accompagnés, eux aussi, de quelques douleurs provoquées par la pression au niveau des reins. La température n'a pas dépassé 37°7.

La santé s'est ensuite rétablie d'une manière définitive et, au bout de trois semaines, les forces du malade étaient redevenues très satisfaisantes.

REVUE DES JOURNAUX

Collodion salicylique. — La formule suivante est conseillée dans la *Therap. Gaz.* du 15 mars 1888, pour combattre les cors, les verrues, toute espèce de durillon ou d'induration :

Acide salicylique	10 parties.
Acide lactique	10 —
Collodion	80 —

Migraine. — D'après le journal de Saint-Louis, *Alienist and Neurologist*, de janvier 1888, le docteur Rabou, de Berlin, affirme qu'une demi-cuillerée à café, ou davantage, de sel commun, prise aussitôt que se font sentir les symptômes avant-coureurs de la migraine, coupe court très souvent à l'accès dans l'espace d'une demi-heure environ. Ce mode de traitement s'est trouvé utile également contre l'épilepsie, ainsi que l'avait remarqué Nothnagel il y a quelques années. L'auteur attribue le résultat à une vive action réflexe. — On peut essayer. — R.

COURRIER

Concours du prosectorat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Potherat comme prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du lundi 9 juillet 1888, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1888, en remplacement de M. Hervé-Mangon, décédé. M. des Cloizeaux a été élu par 40 suffrages contre 3 accordés à M. de Lacaze-Duthiers et 1 bulletin blanc, sur 44 votants.

— M. le docteur Chipault, médecin-adjoint du lycée d'Orléans, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Bouglé, décédé.

M. le docteur Halmagrand, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, est nommé médecin-adjoint du lycée de cette ville, en remplacement de M. le docteur Chipault, promu.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Roland, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de physiologie.

Installation d'une clinique obstétricale a la maternité. — Dans sa séance du 6 juillet le conseil municipal de Paris a décidé l'installation d'une clinique obstétricale à la Maternité.

La Faculté de médecine avait demandé la division en deux parties des services actuellement existants ; le conseil a préféré une création nouvelle qui, laissant intact l'état actuel, permet de conserver l'Ecole municipale des sages-femmes.

La nouvelle clinique donnera 70 lits, comme d'autre part la maternité de Lariboisière recevra bientôt 20 lits. Le Conseil espère que, dans un avenir plus ou moins éloigné, il sera possible de ne plus envoyer de pensionnaires chez les sages-femmes, ce mode d'hospitalisation étant de beaucoup le plus coûteux.

La suppression du service d'accouchement chez les sages-femmes laisse subsister intact le service des sages-femmes des bureaux de bienfaisance.

Nécrologie. — M. le docteur Thomas Curling vient de mourir. On doit, entre autres travaux, à ce distingué chirugien, les mémoires suivants : *A treatise on tetanus* (Prix Jackson de 1834), Londres 1836 et Philadelphie 1887. — *A practical treatise of the diseases of the testis and of the spermatic cord and scrotum*, édité par Godard à Philadelphie ; 1re édition de 1843, 2e édition revue et augmentée en 1856. C'est cet ouvrage que M. le professeur Gosselin a traduit en français (1857) en y ajoutant des notes nombreuses. — *The introductory address delivered at the London Hospital School of medicine* (on medical education, the manner and spirit in which it should be pursued), London 1846. — *The advantages of ether and chloroform in operative surgery*, London 1848. — *Inquiry in to the treatement of congenital inperfections of the rectum by operation, founded on an analysis of one hundred cases,* London, in *Med. chir. Trans.*, 1860. — *Observations on the diseases of the rectum*, London, 1863. — Curling a collaboré avec Bristowe, Wardell, Begbie, Habershon et Ransom à la rédaction de *Diseases of the intestines and peritoneum*, 243 p., New-York, 1879. Son portrait a été publié dans *Med. Prof. in all Countries*, London, 1873, i, nº 9.

Marcel Baudoin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Noelas (de Roanne).

— Une curieuse statistique vient d'être établie, c'est celle de la production et de la consommation du papier dans le monde entier. Il existe sur la surface du globe 4,000 manufactures, qui fabriquent annuellement 980 millions de kilogrammes de papier. 300 millions de kilogrammes sont utilisés par les journaux, 191 millions par la librairie, 100 millions par le commerce, 100 millions par les services administratifs des gouvernements, 93 millions par l'industrie, 95 millions par les écoles, le reste, soit 101 millions, est employé à la correspondance privée. Pour la France, la consommation annuelle du papier est de 135 millions de kilogrammes; les journaux en emploient environ 20 millions de kilogrammes.

— Une ambulance divisionnaire prendra part à la revue du 14 juillet. Elle comprendra, sous les ordres du médecin principal de deuxième classe, M. Gentil, 2 pelotons d'infirmiers à 24 files, 24 mulets de bât, dont 18 porteurs de cacolet et 6 porteurs de litière, et 18 voitures du service de santé (transport du matériel ou des blessés).

— Sur la liste des récompenses accordées au mérite par le jury de l'Exposition de Châteauroux, nous trouvons en première ligne, pour une médaille d'argent, M. Alexandre Lavoix, l'inventeur des *Pastilles Alexandre.* C'est encore une confirmation de la supériorité de ce produit.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Les chorérhumatismes.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

A l'occasion de l'anémie rhumatismale il est utile de se souvenir qu'il existe un rhumatisme choréïque que j'ai démontré il y a quarante-deux ans par cent vingt-huit observations complètes dont le recueil existe encore. Contestée par les médecins des hôpitaux d'adultes par cela même que la chorée est presque toujours infantile, la chorée rhumatique, vérifiée par tous les médecins (excepté un) des hôpitaux d'enfants dans tous les pays, surtout en Angleterre et en France, vient de subir, depuis les récents et déjà illustres travaux de Joffroy et Comby, une atteinte grave. Joffroy possède à lui seul dix-huit observations de chorée dont quatre avec arthrites qu'il appelle nerveuses; Comby a vu de son côté dix-sept choréens abandonnés dont pas un rhumatisant. Or, je vais démontrer : 1° que ces auteurs ont réfuté mon mémoire sans l'avoir lu, et l'ont avec une parfaite conscience entièrement dénaturé dans leurs intéressantes élucubrations; 2° qu'ils ont ignoré les travaux publiés récemment encore et qui fournissent les mêmes statistiques étiologiques que la mienne; 3° qu'ils ont découvert une névrose cérébro-spinale d'un genre inconnu jusqu'ici qui donne le jour à des arthrites généralisées tout à fait semblables au rhumatisme articulaire sans être du rhumatisme; 4° que cette même névrose qu'on rattache à la croissance est capable de produire non seulement une espèce d'arthrite distraite de la famille du rhumatisme, mais encore une lésion du cœur, une endocardite également enlevée à sa famille rhumatisante.

1° On m'a prêté cette opinion exclusive que toutes les *chorées* sont de nature rhumatique; or, voici le texte de mon mémoire (page 90) : « Parmi les maladies qui provoquent le plus fréquemment la chorée se trouve en premier lieu la diathèse rhumatismale qui se rencontre au moins deux fois sur cinq. Deux autres fois elle résulte de maladies diverses. Tout au plus existe-t-il une chorée sur cinq qui puisse être considérée comme essentielle ou nerveuse. » Mon chiffre étiologique de 62 cas sur 128 ou de 2 : 5 est bien dû au rhumatisme articulaire avéré, et « caractérisé par le gonflement « des tissus articulaires, rougeur de la peau, douleurs vives, etc. »; distinct des états articulaires de la scarlatine, qui sont d'origine spécifique ou infectieuse selon le langage moderne qui est vrai. Toutes ces arthrites ne sont

pour Joffroy que des codicilles de la névrose, laquelle agit sans doute d'une manière trophique sur les jointures par l'intermédiaire des fameuses cornes antérieures chargées du trophisme articulaire du tabès. Mais comment classer des arthrites qui, loin d'être un effet de la *névrose*, la précèdent 5 *fois sur* 7 (voir mon mémoire) ? Ce ne sont plus là des arthrites nerveuses; nous allons trouver aussi les endocardites nerveuses. Mais faisons abstraction de mes travaux qui sont gênants pour les doctrinaires, pour ne nous occuper que des travaux des auteurs que je n'ai pas indiqués en 1850 par la raison qu'ils n'existaient pas.

2° *Travaux modernes sur la chorée rhumatique.* — En 1856, Hughes et Brown publient une statistique de 209 cas comprenant 194 cas avec rhumatisme articulaire et affection *cardiaque rhumatismale;* 15 seulement en étaient exempts. West, 93 cas, dont 35 rhumatisants, ou 37,63 p. 100; Cadet de Gassicourt dit 33 p. 100, Henoch, *idem.* Récemment, Litten (1887), assistant de Frerichs, raconte l'histoire de 32 cas, dont 20 rhumatismaux, c'est-à-dire au moins les mêmes chiffres que les miens.

Voici maintenant la grande statistique des Anglais par Stephen Mackensie (*British med.*, 1887), qui a rassemblé 439 *cas.* Voici la signification détaillée de ce chiffre : 38 *chorées primitives*; 116, *suite* de rhumatisme articulaire aigu; 62, suite de rhumatisme musculaire; donc 178 cas de chorée rhumatique sur 439 cas; donc 2 : 5. Puis viennent 129 cas de chorées d'origine scarlatineuse; retenons ce chiffre. Un dernier document est relatif aux *nodosités rhumatismales* (de Troisier). Sur 27 enfants atteints de ce genre de rhumatisme, 10 avaient la chorée (Barlow et Warner).

3° *Du cœur des choréiques.* — La vérification la plus éclatante de l'origine rhumatismale de la chorée se trouve dans la célèbre loi de Bouillaud, c'est-à-dire la coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies du cœur; or, cette règle existe de la manière la plus évidente chez les choréiques, et montre la gravité considérable de la chorée, qui est reléguée au rang de l'hystérie par les inventeurs de la nouvelle chorée; — ici, le développement lent, insidieux de la cardiopathie choréique leur préparera de terribles surprises. — En voici les preuves :

En 1864, Roger relate, avec tout le soin désirable et son talent incontesté, l'histoire de 71 choréiques *tous* pris par le cœur et ses annexes, à savoir : 47 endocardites simples, 5 péricardites et 19 endocardites passées à l'état chronique. Il est vrai que Comby conteste à Roger l'aptitude de l'auscultation, et le moyen de distinguer les bruits du cœur d'avec les souffles anémiques. Il est regrettable que Comby n'apprenne pas à Roger ses procédés infaillibles pour opérer cette distinction. Du même coup, l'auscultation nouvelle profiterait aux médecins anglais, qui ont *tous* indistinctement, depuis Bright jusqu'à nos jours, admis comme une corrélation constante le rapport de la chorée avec le cœur rhumatisé. La grande statistique de Mackensie comprend 234 cas de lésions du cœur, sur 439 cas; 135 fois la cardiopathie s'est développée pendant, et 199 fois après la chorée. — Dans 141 cas de cardiopathie choréique, il y eut 71 fois en même temps un rhumatisme aigu articulaire. Enfin, il est à noter que la lésion portait 1 fois sur 3 sur la valvule mitrale, ce qui rend toute erreur de diagnostic impossible avec l'anémie. Mais voici qui devient plus grave : il ne s'agit plus d'auscultation.

Il y a quarante ans, je relatai toutes les autopsies connues de chorées : sur 82 nécropsies, on put compter 34 inflammations isolées ou manifestes

réunies des tissus séreux; dans 17 cas, le rhumatisme s'inscrit en termes formels sur l'origine des péri-endocardites, des pleurésies, etc.; dans les autres observations empruntées aux auteurs les plus divers, qui ne se doutaient pas de l'origine rhumatique de la chorée, je trouve 36 arthrites, 11 péri-endocardites, etc. Clifford Albutt et Gee ont prouvé les mêmes altérations et, à l'aide du microscope, ils en ont reconnu la nature parasitaire. Plus récemment, Ogle a publié 16 autopsies; 10 fois, il y avait des lésions rhumatismales inflammatoires (dont 6 très avérées) du cœur. Pye Smith, sur 11 autopsies, reconnut 11 endocardites anciennes ou récentes. Je signale à Comby les résultats, qu'il ignorait sans doute, de ces chorées mortelles par le cœur?

Si mes contradicteurs ne se contentent pas de pareils témoignages, qu'ils me disent s'il existe une *névrose cérébro-spinale quelconque,* hystérique ou épileptique, capable de produire une altération cardiaque qui vous tue par les lésions anatomiques des valvules. Comby ne répondra pas, mais Joffroy a déjà répondu. La lésion du cœur est un *résultat* de l'état névropathique; voilà donc une *névrose* qui détermine une endocardite ou une endo-péricardite; c'est certainement un chapitre nouveau de la pathologie cardiaque; ce seront des endocardites puisées dans le système nerveux désorienté; on ne disputera pas à Joffroy sa découverte. La cardiopathie choréo-rhumatismale si fréquente le gênait; il en fait une dépendance de l'état nerveux.

Mais voici la science moderne et sérieuse de l'endocardite, rhumatismale ou non, qui nous enseigne que presque *toutes* les endocardites sont d'origine microbique. Que va devenir cette endocardite d'origine nerveuse qui prendrait racine dans les fameuses cornes antérieures de la moelle? Ce sont sans doute ces cornes qui donnent naissance aux microbes des endocardites; c'est la conséquence forcée de la théorie qui vient de naître au monde scientifique. Il se passe là un fait grave. Ignorer ou laisser ignorer aux choréiques la menace ou l'existence d'une lésion du cœur est une faute; méconnaître les relations des microbes avec l'endocardite est une infraction à la biologie moderne.

Or, si l'endocardite est microbique, d'où vient-elle?

4° *Origine des endocardites rhumatiques.* — L'endocardite vient le plus souvent du rhumatisme, qui est une maladie spécifique, ou de la scarlatine, qui ne l'est pas moins, plus rarement de la dothiénentérie. L'endocardite est donc généralement parasitaire, et c'est ce qui contrarie le plus Joffroy, tout en réjouissant Landouzy et Siredey, qui ont montré avec un grand talent et une grande vérité la succession des maladies du cœur à *toutes* les maladies parasitaires, à la fièvre typhoïde en particulier; ce sera aussi un triomphe pour Marie qui a montré les scléroses de la moelle succédant aux maladies infectieuses. Ce sera surtout la confirmation d'un intéressant travail fait par Haushalter à la Faculté de Nancy, sur les microbes (pneumococcus) qui viennent envahir perfidement la valvule mitrale après la pneumonie.

Le rhumatisme étant la cause la plus fréquente de la chorée, on est en droit de supposer que la chorée n'est qu'une manifestation du même genre et c'est ce que Koch cherche à démontrer dans un récent mémoire très remarquable que la doctrine néochoréique passe prudemment sous silence.

Conclusions. — Mes conclusions de 1850 restent donc inattaquables; la

chorée est, deux fois sur cinq, rhumatismale, une à deux fois sur cinq elle reconnaît, pour origine, les maladies spécifiques, tuberculose, fièvres éruptives, etc.; une seule fois sur cinq on ignore son origine, et on peut la reléguer dans le sanctuaire des maladies dites essentielles; on a prêté à ces chorées déclassées le signe patellaire contesté par Strumpel et par Eulenberg qui sont des choréonervistes. Legroux pourrait invoquer les succès dus à l'antipyrine en faveur de la névrose cérébro-spinale, bien que le médicament n'ait jamais guéri ni une épilepsie ni une hystérie, loin de là.

On trouve, d'autre part, à ces chorées, un air de croissance anormale; alors que faire des femmes enceintes choréiques (c'est leur fœtus sans doute qui grandit), que dire des vieillards choréiques en *décroissance* de la Salpêtrière qui forment le fond du nouveau *credo?* On a cru trouver, enfin, une hérédité nerveuse dans les ascendants hystériques ou épileptiques. Or Koch, autre nerviste, bien qu'il ait constaté le rhumatisme vingt-six fois, par exemple, ne reconnaît pas un cas avéré d'hérédité nerveuse directe. Par contre, Begbie et Trousseau démontrent clairement l'hérédité rhumatique de la chorée, ils n'en connaissent pas d'autre; tout le reste, c'est le cliché du jour sur les dégradations, les tares de famille et la déchéance universelle.

BIBLIOTHÈQUE

Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron, par M. Corneille-Saint-Marc. — Paris, A. Davy, 1888.

L'eau distillée de goudron, préparée à l'aide du goudron de bois et de la sciure de bois de sapin des Landes, constitue un médicament possédant des propriétés toniques astringentes incontestables.

Administrée à l'intérieur, elle arrête sûrement et rapidement les hémorrhagies d'origine congestive du poumon, de l'utérus et du rein. Elle offre le moyen le plus sûr et le plus prompt d'arrêter les hémoptysies des deux premières périodes de la tuberculose pulmonaire.

La dose à laquelle il convient de l'administrer est de 40 à 60 grammes par vingt-quatre heures. Il n'y a jamais eu d'accidents à la suite de l'emploi. — P. C.

Manuel d'autopsies ou méthode de pratiquer les examens cadavériques, par Thomas Harris, traduit par le docteur H. Surmont. — Bruxelles, Manceaux, 1888.

Ce petit manuel, fort bien rédigé et orné de gravures qui en facilitent beaucoup la lecture, n'a d'autre prétention que de servir de guide aux étudiants ou aux praticiens dans leurs recherches anatomiques et médico-légales. Certaines parties, telles que la dissection et l'étude du cancer étant traitées d'une manière très spéciale, le traducteur a jugé, avec raison, utile d'ajouter un appendice sur l'autopsie du cerveau selon la méthode de la Salpêtrière. — P. C.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur H. Schule; 3e édition traduite par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Comme le dit l'auteur dans sa préface, ce livre est surtout clinique et évite autant que possible de se perdre dans les généralités sur la folie qu'affectionnent souvent les aliénistes. La classification adoptée est un peu confuse. Schule divise les psychoses en deux grands groupes, selon qu'elles se produisent chez l'individu à développement organo-psychique complet ou incomplet. Le premier comprend les psychoses du cerveau valide :

mélancolie et manie; les psychoses du cerveau invalide: manies graves, délire systématisé aigu ou chronique, démence primitive aiguë, folies hystérique, épileptique, etc.; les états pernicieux d'épuisement cérébral dans lesquels rentre la paralysie générale; les cérébropathies psychiques. Le second renferme la névrose héréditaire, la folie héréditaire simple, la folie par obsession, la folie des dégénérés, l'idiotie. On voit à quel point cette conception de l'état des affections mentales diffère de celle de nos principaux auteurs français.

Le premier fascicule, seul paru, va jusqu'à l'étude de la démence primitive aiguë, qui est exposée avec détails. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le traitement médicamenteux du carcinome, par le docteur Strobinder. — L'auteur, médecin à Moscou, attribue aux injections sous-cutanées d'acide tannique une grande efficacité dans le traitement des tumeurs carcinomateuses. Il emploie, pour ces injections :

Tannin	1 partie.
Glycérine	24 parties.

Mêlez.

Faire d'abord une injection chaque jour. Plus tard les injections seront pratiquées à intervalles plus éloignés.

Deux succès dans deux cancers de la parotide, dans un cancer abdominal et un cancer du rein. (*Deutch. med. Wochenschrift*, 1888, 3, et *Revue de thérap.*, 1888, 5.)

Lavement purgatif à la glycérine, par le docteur Arnocker. — Une injection de glycérine de la valeur de 30 gouttes, poussée dans le rectum, au moyen d'une seringue à bout olivaire, provoque des selles énergiques et abondantes. Cet effet purgatif est de plus obtenu avec une grande rapidité. D'après l'auteur, la glycérine produit cet effet purgatif en raison de l'attraction qu'elle exerce sur l'eau du sang; il résulte de cette attraction une réplétion exagérée des vaisseaux de la dernière portion du gros intestin, des mouvements péristaltiques d'une plus grande activité, et finalement des selles diarrhéiques. (*Courrier médical*, 1888.)

L'acide lactique dans les suppurations de l'oreille, par le docteur P. Aysaguer. — L'acide lactique agit surtout sur un groupe d'affections à processus hyperplasiques; c'est sur les fongosités de la caisse, sur les formes granuleuses d'otite ou de myringite, sur les végétations polypeuses, sur les caries et nécroses accompagnées de fongosités et de bourgeons charnus, sur des portions de polypes restant après l'ablation de ces petites tumeurs, qu'il a l'action la plus marquée. Il n'agit pas dans les suppurations simples de la caisse, aiguës ou chroniques.

On peut commencer le traitement par une solution par moitié, c'est-à-dire 10 pour 10 et passer assez rapidement à l'acide pur. Souvent, même chez les enfants, on peut débuter par ce dernier. La douleur, dans la plupart des cas, est presque nulle, le plus souvent elle n'existe pas. L'auteur ne l'a jamais vue assez forte pour cesser l'emploi des médicaments. Il n'est pas nécessaire, après l'instillation, de faire une injection dans la caisse, comme cela se pratique pour le nitrate d'argent ou pour l'acide chromique. A la suite d'un certain nombre d'instillations, on voit les parties fongueuses, granuleuses, s'affaisser et se recouvrir peu à peu d'une membrane blanchâtre qui est du tissu cicatriciel. (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1888, 1.) P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juillet 1888.

La surdité paradoxale et son opération, par BOUCHERON. — Dans la *surdité paradoxale* ou *paracousie de Willis*, le patient est sourd pour la parole, dans une chambre isolée, dans le silence; et cependant il entend la même parole, dans le bruit, en voiture, en chemin de fer, dans la rue et en général dans les milieux où s'entrecoupent, pendant un temps prolongé, des ondes sonores multiples. (Opéra, Bourse.)

Cette surdité très anciennement connue n'a pas encore de pathogénie précise ni de thérapeutique. Voici un résumé de ce que nos recherches nous ont appris sur le mécanisme et le traitement opératoire de cette singulière surdité.

La *surdité paradoxale*, qui est habituellement grave, progressive et quelquefois héréditaire, est une surdité par compression labyrinthique, c'est une variété d'otopiésis (de οὖς, ὠτός, oreille; πίεσις, compression).

Elle n'est cependant pas modifiée par les moyens ordinaires de décompression labyrinthique, tels que les insufflations d'air, etc., qui n'arrêtent même pas la marche progressive de la maladie. Parfois même ces insufflations semblent aggraver la maladie, mais cela tient à ce que cette insufflation est insuffisante pour produire la décompression du labyrinthe.

Mais si l'on décomprime directement le labyrinthe par l'opération de la mobilisation de l'étrier, d'après la méthode que nous avons indiquée (1), la surdité diminue, et le malade recommence à entendre mieux la parole dans les milieux silencieux.

Cette amélioration de l'ouïe est proportionnelle à ce qui reste du nerf acoustique; plus exactement, l'audition de la parole, dans les milieux silencieux, devient égale au moins à l'audition dans les milieux bruyants, dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire les plus récents : dans les cas où la compression est faible, l'ouïe est cependant légèrement améliorée dans les milieux bruyants.

Les cas de surdité paradoxale sont même les cas les plus avantageux et les plus certains, pour les résultats opératoires. Ainsi, sur 52 opérations de mobilisation de l'étrier, pour les différentes formes de surdité otopiésique, nous avons opéré 9 cas de surdité paradoxale qui ont donné de bons effets.

Ces résultats sont conformes à la théorie. Tant que l'oreille est capable de percevoir les hermoniques de la parole, au milieu du bruit, c'est que les éléments anatomiques, nécessaires à cette perception, existent encore; ils sont seulement comprimés et gênés dans leur fonctionnement; aussi, dès que la décompression opératoire du labyrinthe est effectuée, leur fonctionnement devient plus régulier.

Le point de départ de la compression labyrinthique, dans la surdité paradoxale, est, dans la majorité des cas au moins, le catarrhe naso-pharyngo-tubaire, soit infectieux, soit arthritique, *a frigore*, syphilitique, etc., avec l'obstruction intermittente de la trompe d'Eustache, le vide de la caisse tympanique par résorption de l'air y contenu, la compression par l'atmosphère, sans contre-poids, sur la membrane tympanique, compression transmise par les osselets et l'étrier aux liquides labyrinthiques et aux nerfs acoustiques; d'où la destruction progressive des nerfs. Nous avons constaté, en effet, chez nos malades, la présence du catarrhe tubaire à répétition et l'aggravation de la surdité lors de chaque retour du catarrhe.

Si les insufflations d'air sont insuffisantes pour remédier à la compression labyrinthique, c'est que, le plus souvent, elles sont employées trop tard, lorsque l'étrier est déjà fixé en état d'enfoncement par une immobilisation prolongée. Si les insufflations paraissent quelquefois augmenter la surdité, c'est que l'air, accumulé dans la caisse, presse sur les fenêtres labyrinthiques, au lieu de dégager l'étrier déjà fixé. L'insuffla-

(1) Boucheron : Opération de la surdité otopiésique. — Comptes rendus de l'Académie des sciences. (Voir *Union médicale* du 28 avril 1888.)

tion, en effet, ne décomprime le labyrinthe que si la dépression, produite par l'éloignement du tympan et le dégagement de l'étrier, est plus considérable que la pression exercée sur les deux fenêtres. Si l'étrier est fixé, il n'y a ni dégagement ni dépression; mais une pression sur la fenêtre ronde, et par conséquent sur le labyrinthe.

L'interprétation du symptôme principal de la paracousie — audition de la parole dans les milieux bruyants, surdité dans les milieux silencieux — a suscité beaucoup de recherches. L'expérience la plus originale est celle de Politzer, montrant que les vibrations du diapason, placé sur le crâne, améliorent l'audition; comme les vibrations d'une voiture, d'un tambour (Lœvenberg).

L'application d'une montre sur l'apophyse mastoïde améliore aussi l'audition de la parole (Boucheron). Il y a aussi une amélioration quand ce sont les vibrations d'un piano, d'un orgue, qui sont entendues en même temps que la parole. Nous avons remarqué qu'avec les notes basses du piano, la parole est entendue sur un ton un peu bas, et qu'avec les notes hautes la parole semble s'élever.

Les sons musicaux ou réguliers ont donc la même action que les sons non musicaux, irréguliers.

Quant à la nature de la surdité paradoxale, elle se trouve précisée par les remarques que nous avons faites antérieurement sur les *surdités dissociées*. Nous avons montré que certains malades ont une surdité dissociée, portant, pour les uns, seulement sur les tons fondamentaux; pour les autres, seulement sur les harmoniques de la parole (1); la plupart ayant toutefois une surdité à peu près égale pour les sons fondamentaux et les harmoniques de la parole. Dans la surdité paradoxale, la parole est entendue dans le bruit : c'est donc une demi-surdité pour les harmoniques de la parole existant seulement dans les milieux silencieux.

Ces surdités sont presque toutes des variétés d'*otopiésis*.

Dans toutes ces surdités, produites par une compression labyrinthique, on obtient une amélioration par la décompression du labyrinthe, soit à l'aide de moyens simples, quand ils sont suffisants; soit par l'*opération* de la mobilisation de l'étrier, qui est sans danger, si nous en jugeons par nos cinquante-deux premiers cas, où nous n'avons observé aucun accident sérieux.

Sur la durée extrême de la vie; les centenaires en 1886, par M. LEVASSEUR. — Les centenaires sont rares, plus rares mêmes que l'opinion populaire ne le ferait supposer, car les vieillards ont parfois la vanité de se vieillir comme les jeunes femmes ont celle de se rajeunir.

En 1871, le recensement de la population de la Bavière portait 37 centenaires. Après vérification faite sur les registres de l'état civil, il se trouva qu'il n'y avait qu'une femme qui eût passé 100 ans.

Au Canada, sur 82 personnes, qui passaient pour être mortes centenaires, l'administration, curieuse de chercher la vérité sur ce sujet, trouva que 9 centenaires seulement étaient mortes à plus de 100 ans.

Pareille enquête vient d'être faite en France. Au dernier recensement, 184 personnes étaient inscrites comme centenaires. Or, il s'est trouvé que 101 l'avaient été indûment.

Sur les 83 personnes admises comme centenaires, 67 l'ont été sur la déclaration de leurs proches, sans qu'on ait pu fournir de pièces authentiques à l'appui. Le ministère n'a reçu les pièces justificatives que pour 16 centenaires. Parmi eux, était un vieillard, né en Espagne, baptisé en 1770, ayant par conséquent plus de 116 ans en mai 1886 : il vivait encore au commencement de juin 1888.

Parmi les centenaires, les femmes sont en majorité (52 femmes et 31 hommes); les veufs et surtout les veuves prédominent.

C'est dans le sud-ouest de la France, et principalement au pied des Pyrénées, qu'on rencontre le plus de centenaires.

Je pense, en résumé, que défalcation faite des exagérations, il doit y avoir au moins

(1) Boucheron : *Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis.* — Comptes rendus de l'Académie des sciences, 26 mars 1888.

une cinquantaine de centenaires en France; d'où, en calculant sur les naissances de 1771 à 1779, la génération qui a traversé le XIXe siècle aurait eu 1 chance sur 18,000 d'arriver à l'âge de 100 ans.

Election. — L'Académie a procédé à l'élection d'un vice-président pour l'année 1888, en remplacement de M. Hervé Mangon, décédé.

M. Descloizeaux a été élu par 40 suffrages contre 3 donnés à M. de Lacaze Duthier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Kyste du vagin. — Intoxication par l'iodoforme. — Cal vicieux du péroné. — Influence des lésions de la vaginale sur la spermatogénèse. — Tumeur maligne du cœcum.

M. Richelot communique l'observation d'un kyste du vagin partant du cul-de-sac latéral gauche et exceptionnellement volumineux. La malade présentait une grosse tumeur faisant saillie hors de la vulve, et on crut d'abord à une cystocèle et surtout à une invagination. Au toucher, on trouva que le cul-de-sac vaginal se continuait directement avec la tumeur; à droite de la masse, profondément, on put sentir le col utérin. La cavité utérine était normale. Une ponction exploratrice fournit un liquide filant et visqueux. Par une incision sur la partie antérieure de la tumeur, on arriva sur un kyste profond situé sous la paroi vaginale et dont l'énucléation fut assez difficile à cause des adhérences. La guérison fut rapide, mais la kolpopérinéorraphie fut nécessaire pour remédier au relâchement des parois vaginales. Le kyste était revêtu d'un épithélium cylindrique, ce qui donne à penser qu'il s'était développé aux dépens de débris du canal de Wolff.

M. Quénu fait remarquer que, dans sa communication, M. Verneuil a dit que, dans la plupart des cas d'intoxication par l'iodoforme, il y avait une lésion hépatique ou rénale. Cependant, chez un de ses malades qui a eu des phénomènes d'empoisonnement, l'urine ne contenait ni sucre ni albumine, ce qui exclut l'idée de lésion viscérale.

M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Marchand relative à un cas de fracture de l'extrémité supérieure du péroné gauche avec compression du sciatique sur un cal vicieux, dégagement du nerf et guérison.

A la suite de la fracture, qui était arrivée chez un jeune homme de 29 ans, surviennent des troubles de la sensibilité et du mouvement dans le domaine du sciatique poplité externe; il y eut paralysie des péroniers latéraux, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils, atrophie musculaire de la jambe et de la cuisse. Huit mois après l'accident, la marche était très difficile à l'aide d'une canne, et le malade, sous-officier de dragons, incapable de reprendre son service.

L'atrophie de la cuisse doit être regardée comme d'origine réflexe. En appuyant sur le cal, on provoque des douleurs et des fourmillements sur le trajet du nerf.

Une incision au niveau de la fracture montra que le nerf était emprisonné en partie par du tissu fibreux cicatriciel sur une longueur d'environ 1 centimètre; il était, de plus, refoulé par le cal, sur lequel il s'aplatissait et qui le tendait sans l'enclaver; le cordon nerveux était aplati, augmenté de volume, injecté et gris bleuâtre. La partie exubérante du cal fut enlevée par le ciseau, la gouge et le maillet, et la guérison de la plaie fut rapide. Ce ne fut que plusieurs mois après l'intervention que la réparation commença à se faire; le mouvement volontaire revint avant la contractilité électrique, et actuellement, pour le blessé, le succès est complet.

Les cas de ce genre sont rares dans la science, et habituellement les conséquences en sont plus graves, puisque, parfois, les névrites ont forcé à l'amputation.

— M. Routier est élu membre titulaire par 20 voix, sur 26 votants.

— M. Reclus a entrepris des recherches, afin de vérifier l'opinion de Gosselin, qui a dit que, quand la cavité vaginale était oblitérée définitivement, il n'y avait plus de spermatozoïdes. Il a examiné 300 testicules et a trouvé des adhérences dans 24 cas.

Dans 12, elles n'étaient pas absolues, et alors il y avait huit fois des spermatozoïdes et quatre fois ils manquaient; dans 12, la cavité vaginale était absolument disparue et les spermatozoïdes ne faisaient défaut que trois fois. Il faut noter que, dans ces 3 derniers cas, les malades étaient âgés de 70, 81 et 84 ans, et les animalcules spermatiques manquent chez la moitié des vieillards de cet âge.

Lorsque les spermatozoïdes sont absents, il faut invoquer les altérations de l'épididyme qui causent celles de la vaginale; ce sont les premières qui troublent la spermatogénèse.

Ces faits ont une conséquence pratique relative à la cure de l'hydrocèle. On a dit qu'il fallait choisir le procédé exposant le moins aux adhérences; il vaut mieux préférer celui qui retentit le moins sur l'épididyme. M. Reclus pense que l'injection iodée est probablement une cause d'inflammation plus intense que la cure radicale. Les testicules n'ont pas été examinés au microscope.

M. Monod a recherché l'état du testicule dans la vaginalite chronique. Il existe une lésion de la glande, une véritable sclérose.

Ne pourrait-on pas pas rapprocher l'anémie testiculaire de Gosselin et la sclérose? Ne pourrait-on pas se demander si l'absence des spermatozoïdes dans certains cas ne tient pas à la sclérose?

M. Trélat fait remarquer qu'il est difficile d'apprécier le procédé qui, dans le traitement de l'hydrocèle, retentit le moins sur l'épididyme, puisque cet organe est toujours malade. Il croit que quand l'injection iodée et la cure radicale sont bien faites, il n'y a pas de retentissement secondaire.

M. Reclus a vu dans la moitié des cas un gonflement de l'épididyme après l'injection iodée. Il croit que les troubles du testicule, même dans l'hématocèle, sont secondaires et que c'est presque toujours l'épididyme qui commence. La glande est protégée par l'albuginée, tandis que l'épididyme est très vulnérable, surtout à cause des connexions lymphatiques avec la vaginale. Une lésion épididymaire très faible peut retentir fortement sur la séreuse; la lésion peut être si légère qu'elle échappe au clinicien qui croit que la vaginale est seule prise.

M. Terrillon a montré il y a longtemps le retentissement des lésions de l'épididyme sur la vaginale et le testicule par des faits d'autopsie. Jamais il n'y a d'inflammation de l'épididyme sans que la séreuse soit malade. Le testicule n'est pris qu'ensuite, sauf dans certains cas de tuberculose et de syphilis.

MM. Reclus et Trélat insistent sur ce fait que ces rapports ont été constatés par Percival Pott, Nélaton et bien d'autres.

— M. Bouilly communique une observation d'enlèvement de tumeur maligne du cæcum, suivi de suture de l'intestin et de guérison. Il s'agit d'une femme de 44 ans qui se plaignait de troubles digestifs remontant à cinq ans et consistant surtout en douleurs dans la région cæcale et en vomissements. Ces derniers étant devenus presque continuels, une exploration méthodique montra dans la fosse iliaque droite une tumeur adhérant profondément, sonore à la percussion profonde et du volume du poing.

Après avoir purgé sa malade et l'avoir maintenue à la diète, M. Bouilly fit une laparotomie sur la région médiane et attira la tumeur en dehors en la décollant. Il enleva un grand coin entéro-mésentérique comprenant de l'intestin grêle et du gros intestin. L'hémostase fut facile, ainsi que la suture immédiate, les deux intestins étant presque du même calibre. On employa la suture à deux étages de Lembert-Czerni. Les suites opératoires furent simples, cependant il se forma à la partie inférieure de la plaie une petite fistule stercorale qui guérit spontanément. Depuis l'opération qui a été faite le 6 décembre 1887, la malade a augmenté de 10 kilogrammes.

La masse était ulcérée à l'intérieur de l'intestin et l'iléon ne présentait plus qu'un orifice laissant à peine passer une sonde de femme. Deux ou trois petits ganglions atteints furent enlevés dans le mésocolon. La tumeur était un lympho-sarcome. Le mésentère n'a pas été suturé, afin de ménager la nutrition de l'intestin.

M. Nicaise regarde la diète complète avant l'opération comme pouvant être nuisible si le malade est très épuisé. Dans des cas analogues, il alimente avec des jaunes d'œufs et des peptones.

M. Pozzi a vu Billroth, lors d'une opération analogue, placer 42 points de suture sur l'intestin, suturer le mésentère et pratiquer le drainage par la partie postérieure. Il croit que le drainage préventif peut rendre des services.

M. Trélat appuie sur ce fait qu'il faut placer juste assez de points de suture pour avoir une bonne occlusion, mais se garder d'en trop mettre.

— M. Anger présente un malade atteint de dilatation des réseaux lymphatiques de la peau.

— M. Terrillon montre des pièces de salpingite double avec kyste paraovarien d'un côté.

— M. Polaillon présente une salpingite double avec ovarite suppurée d'un côté et tumeur sarcomateuse du ligament large gauche.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juillet. — Présidence de M. Chevallereau.

Kératite interstitielle consécutive à une fièvre gastrique. — M. Despagnet lit, au nom du docteur Roux, une observation de troubles cornéens ressortissant à la kératite interstitielle et observés à la suite de symptômes gastriques à marche chronique. Le malade dont il s'agit souffrait depuis longtemps de lenteurs dans la digestion quand il commença à se plaindre du côté des yeux. Le docteur Roux constata l'existence d'une nébulosité cornéenne qui lui parut être due à un trouble dans la circulation générale. Quelques mois plus tard, ce diagnostic était confirmé par l'apparition de phénomènes cardiaques manifestes.

Du naphtol dans les ophthalmies purulentes. — M. Valude : A la suite de la communication de M. Budin à la Société de biologie, j'ai expérimenté le naphtol dans les ophthalmies purulentes, et non seulement dans celles des enfants en bas âge, mais aussi dans les ophthalmies blennorrhagiques et dans les ophthalmies torpides des scrofuleux.

Le naphtol employé est le naphtol α, qui est deux fois plus antiseptique que le naphtol β; le titre de la solution est de 1/5000. Ces recherches cliniques ont porté sur : 4 ophthalmies blennorrhagiques de l'adulte, 2 ophthalmies scrofuleuses et 6 ophthalmies infantiles. Le résultat le plus net des lavages antiseptiques au naphtol est d'amener une diminution très rapide et sensible du gonflement des tissus palpébraux ; la sécrétion elle-même est peu modifiée dans sa nature et dans sa quantité. Il s'ensuit que le naphtol ne peut nullement être placé en opposition avec les cautérisations au nitrate d'argent dans le traitement des ophthalmies purulentes graves. C'est un adjuvant antiseptique qui rendra de grands services toutes les fois qu'il existera du gonflement des tissus. Dans cette forme particulière d'ophthalmie scrofuleuse que j'ai décrite dans mon *Traité d'ophthalmologie infantile* écrit en collaboration avec M. de Saint-Germain, les lavages au naphtol pourront jouer le rôle de médicament héroïque, parce que là le gonflement palpébral constitue pour ainsi dire toute la maladie, et que c'est précisément au gonflement que s'adresse victorieusement notre nouveau médicament. Parmi les malades, que j'ai traités au naphtol, se trouvait un jeune garçon atteint de cette ophthalmie scrofuleuse avec gonflement énorme de la paupière supérieure, et celle-ci, depuis trois semaines, avait résisté à tous nos traitements. Les lavages répétés au naphtol α, à la dose de 0,50 centigr. pour 1,000 grammes, avec adjonction de 25 c. c. d'alcool pour dissoudre, ont eu, on peut le dire, un résultat surprenant; en quatre ou cinq jours, le gonflement avait pour ainsi dire disparu et la maladie était presque terminée.

M. Abadie : Je suis très frappé de ce résultat obtenu par M. Valude dans un cas

d'ophthalmie purulente scrofuleuse, car ces malades font ordinairement notre désespoir par la ténacité de leur affection. Je possède en ce moment un cas de ce genre, et je vais sur-le-champ essayer le naphtol.

M. Parent : Il y a déjà eu bien des discussions sur le meilleur traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés; avant d'en proposer un nouveau, il faudrait qu'il fût appuyé sur une série considérable d'observations, et d'observations faites, comparativement, de malade à malade et d'œil à œil.

M. Galezowski : Je crois, en effet, qu'il ne faut pas se hâter de conclure en faveur du naphtol, et il ne faut pas oublier que le nitrate d'argent en cautérisation nous permet d'être assurés de la guérison quand l'ophthalmie est prise à temps.

M. Valude : Il n'a pas été question, dans ma communication, de formuler un nouveau traitement de l'ophthalmie purulente, et je répondrai en même temps à M. Parent et à M. Galezowski que tous deux ont fait dévier la discussion. J'ai dit ceci : dans les ophthalmies purulentes graves, après la cautérisation faite, on conseille des lavages antiseptiques; je serais d'avis, d'après mon expérience, de choisir le naphtol pour cela faire, parce que cette substance constitue un antiseptique éprouvé, et parce que sa solution me semble douée de propriétés résolutives très précieuses.

Suture de la cornée. — M. Gillet de Grandmont : J'ai observé, il y a quelques années, le cas curieux d'une petite fille qui me fut apportée avec une plaie pénétrante du segment antérieur de l'œil, tellement grave, que la cornée était divisée en lambeaux multiples. J'eus l'idée de tenter la suture de ces lambeaux dans le but de régulariser le moignon de l'œil, et cette suture pratiquée sans difficultés avec des fils de soie antiseptique réussit parfaitement. Je crois donc qu'il y a quelque chose à faire au point de vue de la suture de la cornée, tout aussi bien dans les traumatismes que pour assurer la réussite de certaines opérations, comme les extractions de cataracte chez les animaux, par exemple.

M. Abadie : J'estime que la cornée, quand elle est saine, offre une résistance très grande, presque insurmontable, à la pénétration des aiguilles à suture. Dans un cas analogue, quoique moins grave, à celui de M. Gillet de Grandmont, j'ai affronté la plaie cornéenne par des sutures conjonctivales passant en front par dessus la brèche traumatique scléroticale. Le résultat a été satisfaisant.

M. Gorecki : J'ai eu aussi à traiter un cas assez semblable à celui de M. Abadie. Il s'agissait d'un jeune homme dont la cornée avait été ouverte irrégulièrement par un tire-bouchon qui avait sauté dans l'œil. Pour assurer la coaptation de cette plaie irrégulière, je n'ai rien trouvé de mieux à faire que des sutures conjonctivales à distance. Le résultat a été aussi très bon.

M. Despagnet présente un malade atteint d'une lésion du corps vitré qui paraît être un cysticerque mort dans son kyste.

M. Masselon présente un enfant atteint de buphtalmie double et amélioré par le port d'une canule d'or intra-oculaire, fixée à demeure dans la chambre antérieure.

M. Gorecki présente une pièce qui montre un décollement total de la rétine symptomatique d'une tumeur de la choroïde. — P. N.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy pendant l'année 1886.

M. Wenzinger. Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques. — M. L. Cahen. Etude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables (appliqués à quelques eaux de Nancy). — M. Cardot : Recherches expérimentales sur l'extrait du *Coronilla scorpioides* (Coronille). — M. Pierron : Recherches expérimentales sur les bouquets artificiels de vins et les principales essences des divers spiritueux. — M. Renaud : De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques.

M. Brullard : Considérations générales sur l'état hypnotique. — M. Haushalter : Recher-

ches sur le cœur sénile. — M. C. Etienne : Etude critique des différents traitements de l'ophthalmie sympathique. — M. Beno : Essai sur la syndactylie congénitale. — M. Lefranc : Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. de Langenhagen : Contribution à l'étude du traitement des cataractes non mûres (Maturation artificielle et lavages intra-oculaires). — M. Toussaint : Des principaux modes de traitement employés à la cure des kystes hydatiques du foie.

M. Bauquel : Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les alcoolisés. — M. Louis : Etude sur une épidémie de rougeole. — M. Willaume : De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. — M. Lorain : De l'eau chaude en obstétrique. — M. Saint-Rémy : Recherches sur la portion terminale du canal de l'épendyme chez les vertébrés.

M. Toussaint : Contribution à l'étude de l'ectasie artérielle généralisée. — M. Clarke : Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie.

FORMULAIRE

Potion contre la diarrhée infectieuse. — Cadet de Gassicourt.

Laudanum de Sydenham	1/2 à 2 gouttes.
Acide chlorhydrique dilué	2 gouttes.
Eau sucrée	20 grammes.

Mêlez. — A donner en une seule fois, aux enfants atteints de diarrhée infectieuse. — On la fait prendre plusieurs fois par jour selon les indications. — N. G.

COURRIER

Danger des boissons froides. — Tout le monde connaît les prescriptions réglementaires qui interdisent aux soldats, surtout pendant les marches, de boire aux fontaines fraîches. Voici un fait qui montre bien l'utilité d'une pareille prescription :

« Les habitants de la Prairie-au-Duc étaient consternés par une série de onze décès d'ouvriers de l'usine de M. Leblanc, fabricant d'engrais.

« Tous les ouvriers mouraient de pneumonie et l'on pensait qu'ils mouraient empoisonnés par la trituration des phosphates et des poudrettes.

« M. Leblanc réunit une commission de trois médecins. La conclusions des médecins a été que les conditions hygiéniques de l'établissement n'étaient pas mauvaises, et l'on finit par découvrir la raison de ces morts étranges et répétées. On apprit que des hommes en sueur venaient boire quotidiennement au *timbre de refroidissement*, bassin réfrigérant dans lequel on entretient, pour les besoins de l'usine, de l'eau à une température toujours très basse.

« Des dispositions sévères ont été prises pour faire cesser un état de choses dont les conséquences ont été aussi malheureuses. » (*Bull. méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu. — Professeur M. Panas.

Cécité subite consécutive à une plaie encéphalique par arme à feu.

Clinique recueillie par M. de la Genière, interne du service.

Le malade dont je désire vous parler aujourd'hui est âgé de 41 ans. C'est un paralytique général à la première période qui, le 14 mai dernier, s'est tiré un coup de revolver dans la région temporale droite.

Cette tentative de suicide amène une hémorrhagie considérable déterminant du gonflement facial avec perte totale de la vue. Soigné à l'hôpital Cochin, la plaie des téguments se cicatrise très rapidement, mais la balle, qui a pénétré dans la cavité crânienne, n'a pas été extraite.

Le cinquième jour après l'accident, la vue commence à s'éclaircir du côté gauche; mais l'œil droit se dégage plus lentement. A l'heure actuelle (15 juin), l'œil droit est encore atteint d'une cécité presque absolue.

La mobilité des yeux est intacte, ce qui démontre que les nerfs moteurs de l'œil n'ont pas été atteints par le projectile. De même la balle n'a pas intéressé l'orbite, puisqu'il y a perte bilatérale de la vue; elle est donc dans le crâne.

Quel peut être son trajet à travers l'encéphale? Si elle avait atteint la fosse cérébrale moyenne, elle eût intéressé les sinus caverneux et les organes qui y sont renfermés : d'où lésions des carotides et des nerfs moteurs. Mais il n'y existe ni protusion de l'œil ni paralysie musculaire. Ce n'est pas non plus au niveau du chiasma et des bandelettes optiques que la balle a pu frapper comme nous le démontrerons tout à l'heure.

La lésion ne siège certainement pas en avant du chiasma, car, dans ce cas, un seul œil eût été intéressé.

En arrière du chiasma, le projectile eût atteint une des bandelettes optiques, et nous aurions vu se produire des phénomènes tout à fait caractéristiques. Il existe, en effet, une décussation des bandelettes optiques, mais cette décussation est partielle, de sorte qu'une partie de chaque bandelette se rend à l'œil du côté opposé, tandis que l'autre continue son chemin pour se rendre à l'œil du même côté sans s'être entrecroisée. Par suite de cette décussation incomplète, chaque bandelette forme la moitié externe de la rétine de l'œil du même côté et la moitié interne de la rétine de l'autre œil.

Si donc il y avait une lésion de la bandelette optique droite, la moitié externe de l'œil droit et la moitié interne de l'œil gauche seraient amau-

rotiques. Comme ces deux régions rétiniennes servent à faire distinguer la moitié gauche du champ visuel, il y aurait hémianopsie droite.

Or, chez notre malade, il existe une prédominance très nette des lésions de l'œil droit. Comme la vraie hémianopsie est cette lésion qui divise le champ visuel en deux moitiés égales, et que, dans le cas présent, la ligne de séparation ne correspond pas au plan médian, il n'y a pas hémianopsie.

D'autre part, la perception lumineuse de l'œil droit n'est pas complètement abolie. La vue de ce côté, bien qu'affaiblie, est conservée dans une portion du champ visuel qui correspond à une zone rétinienne elliptique en bas et en dehors, et située en dedans de la ligne médiane.

A gauche, il y a une partie scotomateuse qui rétrécit le champ visuel, mais bien plus dans sa moitié externe.

On peut donc dire qu'à l'heure actuelle, après abolition de la vue, il y a des phénomènes de réparation dans les deux yeux et la vue revient en commençant par le centre.

L'affaiblissement de la vue du côté gauche tient en partie à ce rétrécissement même du champ visuel. Ainsi que le prouve l'expérience de de Graefe, qui consiste à placer devant les yeux deux tubes étroits à travers lesquels on regarde, il faut, outre l'acuité, une certaine étendue du champ visuel. Chez un amaurotique que j'ai eu l'occasion d'observer, la macula était intacte, et le malade pouvait déchiffrer des caractères extrêmement fins, à condition de les placer successivement dans une position nettement déterminée, mais le malade ne pouvait cependant pas se diriger, car ce champ visuel d'acuité intacte était trop restreint.

Le malade qui nous occupe actuellement présente des phénomènes analogues pour son œil gauche, le moins malade, du reste.

A droite, la pupille est très dilatée et reste insensible à la lumière.

A gauche, le réflexe lumineux existe encore, bien qu'atténué. En outre, la mydriase est moindre, ce qui indique une amaurose moins complète, bien que la mydriase ne soit pas toujours liée à l'amaurose, ainsi que le démontrent les tabétiques chez lesquels on observe du myosis.

Les mouvements pupillaires sont rattachés à des centres réflecteurs situés au niveau de l'aqueduc de Sylvius, de telle sorte qu'une lésion limitée au chiasma ne saurait les altérer.

Chez notre malade, les mouvements de l'iris sont compromis. Il y là une véritable ophthalmoplégie interne (Mauthner) par suite d'une lésion des nerfs ciliaires.

En raison de la perte, totale au début, puis incomplète seulement de la vision, comme il n'y a pas hémianopsie pure, mais que les lésions revêtent une forme scotomateuse très nette, comme il existe, en outre, une ophthalmoplégie irido-ciliaire interne, je conclus que le projectile n'a lésé ni les nerfs optiques, ni le chiasma, ni les bandelettes optiques.

Je rapporterai plutôt les phénomènes observés à une lésion hémisphérique portant sur la moitié droite du cerveau.

Ce qui permet, en outre, de rejeter une lésion du chiasma, c'est que les nerfs olfactifs qui croisent les nerfs optiques n'ont pas été atteints : il n'y a jamais eu d'épistaxis, et l'odorat est conservé.

Comme la huitième paire est saine des deux côtés, on peut croire à une blessure oblique d'avant en arrière par suite de la déviation de l'arme au moment du traumatisme, et ayant labouré l'écorce cérébrale. La balle a dû

se loger dans ce point qui correspond à la terminaison de l'appareil optique dans l'écorce. Des expériences et des faits cliniques sont venus démontrer d'une façon incontestable l'existence de centres visuels corticaux. On peut conclure des travaux de Gratiolet, Berger, etc., confirmés par des recherches récentes de M. E. Rondot (de Bordeaux), qu'il existe chez l'homme deux régions corticales tenant sous leur dépendance la vision. M. Rondot les distingue en :

1° Une zone externe comprenant les deux premières circonvolutions occipitales, et accessoirement le lobule du pli courbe;

2° Une zone interne formée par le coin, et peut-être par le pied de la deuxième temporale.

Les lésions sont croisées, c'est-à-dire qu'une destruction du centre visuel de l'hémisphère droit entraînera la perte de la vue du côté gauche.

Chez notre malade, ce qui est atteint, c'est l'hémisphère droit; nous devrions donc trouver des lésions du côté gauche. Mais il résulte des observations de Bateman, Glynn, Hamilton et Berger, où le centre visuel gauche était seul lésé, d'un travail de M. Chauffard, où la cécité se rattachait à une lésion de l'hémisphère droit, qu'une destruction d'un centre visuel unique peut entraîner une amaurose double. Chez notre malade, il nous est donc permis de rattacher les lésions binoculaires observées à la lésion d'un centre cortical unique qui serait le centre visuel de l'hémisphère droit.

Enfin, ainsi qu'on l'a observé dans quelques cas, les lésions corticales n'entraînent pas toujours une cécité complète; il peut n'y avoir que des lésions partielles, disséminées irrégulièrement et scotomateuses, ou bien systématiques (hémianopsie).

Ce malade a présenté d'autres phénomènes : tout d'abord une hémorrhagie très abondante qui doit être rattachée à une lésion de l'artère temporale et non à celle de l'artère méningée moyenne, dont la blessure est toujours suivie de mort.

En outre, il a dû y avoir une hydropisie de la gaine du nerf optique droit. Les vaisseaux, bien que comprimés, sont tortueux. La portion voisine de la choroïde, surtout la zone maculaire, est atteinte et présente des lésions qui semblent être le reliquat d'un œdème. Il s'est donc fait chez notre malade une névrite optique dépendant de la lésion méningo-encéphalique du même côté.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure à une lésion du centre optique droit, centre localisé aux deux premières circonvolutions occipitales et au cunéus, lésion qui, bien qu'unilatérale, a déterminé des troubles visuels bilatéraux.

Ce diagnostic, au reste, est incertain, car les notions anatomiques sur lesquelles il s'appuie n'ont pas encore toute la précision désirable.

Il y a, en effet, dans toutes les expériences des phénomènes paralytiques et inhibitoires, de sorte qu'il n'est pas toujours possible de discerner ce qui se rattache exactement à la lésion seule de ce qui est dû aux lésions de voisinage déterminées par l'excitation traumatique; et l'on sait que ces phénomènes sont plus accentués pour le cerveau que pour tout autre organe.

Septicémie d'origine mammaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 avril 1888,

Par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux.

La septicémie puerpérale, ou, pour employer le vieux langage, la *fièvre puerpérale*, est constituée à n'en pas douter, aujourd'hui, par la pénétration de microbes dans l'économie.

La voie d'introduction des germes pathogènes, est tantôt l'utérus, au niveau de la plaie placentaire ou des déchirures cervicales faites par le fœtus au moment de sa sortie, tantôt les blessures du vagin, tantôt enfin les solutions de continuité de la vulve.

J'insiste sur l'importance des plaies vulvaires dans la pathogénie de la septicémie puerpérale. Leur présence presque constante après l'accouchement, leur superficialité les rend facilement accessibles aux microbes, et les expose au rôle fâcheux dont il est question.

Sur 100 femmes accouchées à terme ou dans le neuvième mois que j'ai récemment examinées à l'hôpital de la Charité, je n'ai trouvé que cinq fois la vulve intacte; dans tous les autres cas, il y avait des éraillures ou des déchirures plus ou moins étendues.

Mais il y a une voie de pénétration peu connue, à laquelle on pense rarement et que j'ai surtout en vue dans la communication actuelle, je veux parler du *mamelon*.

Kaltenbach (1) a publié, il y a cinq ans, une observation très instructive à cet égard, la voici résumée :

Une primipare, après avoir eu de très bonnes suites de couches, mais affectée de gerçures aux deux seins, est, cinq semaines après son accouchement, subitement prise de frissons, de fièvre intense et même de délire pendant la nuit; on ne tarde pas à découvrir un érysipèle qui, parti du sein droit, envahit ensuite l'épaule correspondante, puis se termine après avoir envahi la nuque. La femme habitait un village où, depuis au moins un an, on n'avait, au dire du médecin, vu d'érysipèle. En cherchant les causes de cette infection, Kaltenbach trouva que la sage-femme qui soignait la femme en question, à ce même moment avait deux clientes atteintes de fièvre puerpérale grave dont une fut suivie de mort, il n'y a aucun doute que cette sage-femme ait été le véhicule du poison. Or, en modifiant un peu le cas, en admettant que les manifestations cutanées de l'affection aient été moindres ou nulles, que la femme ait été prise de ces accidents quelques jours après l'accouchement, on n'aurait certainement pas pensé à incriminer les gerçures du sein, et on aurait accusé quelque solution de continuité visible ou invisible dans les organes génitaux. On voit à quelle erreur d'interprétation on pouvait ainsi s'exposer.

J'ai vu récemment à la Charité un cas analogue. M. Lefebvre, interne du service, qui a suivi cet intéressant cas avec attention, a bien voulu rédiger l'observation que je transcris ici :

Après un accouchement normal, sans autre antécédent pathologique qu'une fausse couche de trois mois et demi survenue il y a treize mois, la femme Elisa J..., âgée de 23 ans, a été prise d'un frisson le 10 février dans le courant de la journée. Ce frisson s'est répété le soir et le lendemain matin. En même temps la malade ressent une douleur vive en allaitant son enfant. Après l'accouchement et la délivrance, on avait fait, comme d'ordinaire dans le service, une injection vaginale. Depuis lors, rien ne s'était

(1) *Cent. f. Gynæk*, 3 février 1883.

produit d'anormal. Du côté des organes génitaux, pas de lochies fétides, pas de douleur abdominale.

La température est à 38°8.

11 février, matin. — On constate sur chaque sein, au niveau de la partie supérieure de la base du mamelon, une crevasse profonde de 2 millimètres sur 1 centimètre 1/2 de longueur. Ces crevasses sont recouvertes d'un enduit grisâtre légèrement adhérent.

Du côté droit, cette crevasse est accompagnée d'une lymphangite en masse avec rougeur de tout le sein, surtout prononcée à la partie interne. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés et douloureux. On constate des traînées rouges légèrement douloureuses, principalement dirigées vers la fourchette sternale.

En même temps la malade se plaint de maux de tête, d'une diarrhée peu abondante, la langue est sèche, légèrement fendillée. — Temp. 38°4.

Les lochies sont normales et sans fétidité.

On cautérise énergiquement avec le crayon de nitrate d'argent les crevasses, et on fait un pansement compressif des deux seins en appliquant directement au niveau des crevasses de la poudre d'iodoforme.

L'allaitement est provisoirement suspendu, la femme ayant l'intention d'envoyer son enfant en nourrice à sa sortie de l'hôpital.

Le lendemain, quoique les seins soient moins douloureux, la température reste élevée, elle est à 39° le matin et le soir. L'état général n'est pas satisfaisant, la langue est plus sèche, l'appétit presque nul.

La cautérisation des crevasses a produit une eschare qui se détache avec facilité, mais sous ces eschares les crevasses apparaissent plus profondes. Nouvelle cautérisation moins énergique, même pansement à l'iodoforme après lavage au sublimé.

On avait espéré que ces crevasses, malgré le mauvais aspect du pus qu'elles sécrétaient, étaient d'origine mécanique, et que la guérison serait promptement obtenue par la suppression de l'allaitement. La persistance de l'affection et son aggravation légère sont des preuves de sa nature infectieuse qui a résisté au repos.

13 février. — Les seins sont moins douloureux, la température commence à s'abaisser, mais l'appétit est toujours faible. Même pansement sans cautérisation.

L'allaitement, provisoirement suspendu, n'est pas repris, malgré la présence du lait, à cause de la douleur, la malade voulant d'ailleurs absolument quitter l'hôpital le lendemain.

L'origine de la septicémie ne me semble pas douteuse dans ce cas. Les organes génitaux étaient dans leur état normal; les lochies ne présentaient pas la moindre trace de fétidité; à l'examen de la vulve, on ne trouvait pas les plaies recouvertes d'enduit grisâtre, les eschares, en un mot, qu'on y voit dans les cas où les microbes y ont élu domicile. Les gerçures du mamelon, avec cette marche particulière et envahissante qui a été décrite dans l'observation, sont évidemment la porte d'entrée des germes infectieux.

Au point de vue spécial qui nous occupe, les gerçures du mamelon, comme d'ailleurs les plaies génitales, doivent être divisées en deux catégories. Les unes, traumatiques, guérissent facilement et promptement, aussitôt que la cause de la production est éloignée. Les autres, compliquées par la présence des microbes qui pullulent à leur surface, n'ont aucune tendance à la cicatrisation. A l'abri de tout traitement, elles ont une marche envahissante. C'est vraisemblablement dans les cas de ce genre qu'on a noté le détachement complet du mamelon.

La plaie commence toujours par le traumatisme, puis survient, dans certains cas, le microbe qui s'en empare et le transforme ainsi qu'il vient d'être vu.

Le traitement de cette complication consistera d'abord à empêcher la

production des gerçures ou crevasses; — en second lieu, à faciliter leur cicatrisation si elles sont produites; — et enfin, si elles sont envahies par les microbes, à les détruire par des agents appropriés.

Pour empêcher la production de gerçures, on a préconisé, pendant la grossesse, l'emploi d'une série de moyens que je ne rappellerai pas ici, je décrirai simplement la conduite que j'ai coutume de suivre : *pendant le dernier mois de la grossesse,* je conseille, au début, quelques tractions sur le mamelon, en même temps que de légères frictions avec de l'alcool. Durant les quinze derniers jours, je me sers d'une téterelle bi-aspiratrice qui, plus tard, m'est également utile pour l'allaitement.

Cette téterelle se compose d'une cupule en verre se continuant avec deux tuyaux en caoutchouc, destinés l'un à la mère, l'autre à l'enfant. Pour faire le mamelon, on applique la cupule de verre sur le bout de sein; la femme fait quelques aspirations; le tube inférieur plonge dans un peu d'alcool qui remonte dans la cupule de verre et vient baigner le mamelon attiré par l'aspiration. Grâce à ce bain local et à cet étirement, le mamelon se développe et se fortifie; il devient plus apte à subir le traumatisme que va lui infliger l'allaitement.

Dans le cours de l'allaitement, s'il existe des gerçures, et souvent aussi pour les prévenir, je fais usage de la même téterelle — la mère en aspirant ainsi le lait dans la cupule de verre — et il suffit à l'enfant de faibles efforts pour attirer le lait. On évite ainsi au nourrisson les pénibles et décourageants efforts que nécessitent les bouts de seins artificiels généralement en usage.

Si enfin il existe des gerçures envahies par l'élément microbien, comme dans l'observation rapportée plus haut, il ne faudra pas hésiter à faire des cautérisations énergiques. Ce n'est qu'à ce prix qu'on détruira l'élément pathogène et qu'on pourra espérer la guérison.

REVUE DES JOURNAUX

Lavements nutritifs. — Le professeur Ewald, de Berlin, s'est livré à des expériences relatives à la valeur des divers lavements nutritifs, et il a constaté que les lavements préparés avec des œufs sont décidément utiles, et qu'ils sont également efficaces, soit qu'on les ait ou non peptonisés. (*The med. Record*, 10 mars 1888.) — R.

Irritabilité de la vessie. — Le docteur Chun recommande la mixture suivante, pour combattre les besoins incessants d'uriner et l'irritabilité de la vessie : acide benzoïque, 8 grammes; borax, 12 grammes; — faites dissoudre dans 350 grammes d'eau. — A prendre trois cuillerées par jour. (*The med. Record*, 10 mars 1888.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté, envoyé par M. Plicque, interne des hôpitaux;

2° Une note de M. Gauthier (de Charolles), sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme hémostatique;

3° Un rapport de M. Cazalas, médecin-major, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à Oran, au 2e régiment de zouaves, en 1887-1888;

4° Un mémoire sur l'action physiologique de l'eau d'Evian, par M. le docteur Chiais (d'Evian);

5° Une lettre de M. Rommelaere, qui se porte candidat à une place de correspondant étranger.

— M. G. Vidal (d'Hyères) lit l'observation d'un malade empoisonné par l'ingestion longtemps continuée d'un vin contenant de l'acide arsénieux. La maladie a débuté par de l'embarras gastrique, s'est continuée par de la diarrhée, des éruptions de la peau et des muqueuses (urticaire, roséole), et enfin sont apparues des douleurs dans les membres, du gonflement des extrémités, c'est-à-dire l'acrodynie.

M. Vidal insiste sur ce fait que l'intoxication arsenicale produit des accidents qui se rapprochent beaucoup de ceux que Valleix et Vidal (de Paris) ont décrits dans leurs articles sur l'acrodynie. Il est possible que beaucoup des épidémies de cette maladie, si ce n'est toutes, soient des cas d'empoisonnement chimique par l'arsenic.

Du reste, M. Roussel avait déjà indiqué des rapprochements entre l'acrodynie et l'intoxication par les sels métalliques.

— M. Gautier lit un rapport sur les nouveaux procédés de vinification qui ont été proposés pour remplacer le plâtrage des moûts de vin et, en particulier, sur le phosphatage et le tartrage.

Les recherches qui ont été faites par la commission et celles qui lui ont été soumises conduisent aux résultats suivants :

Au point de vue de l'hygiène publique, les pratiques du phosphatage et du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sensible.

Elles ont l'une et l'autre le grand avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins, en activant la vie des levûres viniques et, corrélativement, en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires et supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin.

L'une et l'autre méthodes augmentent dans les vins la quantité de substances dissoutes, c'est-à-dire les principales matières tannantes, toniques et souvent ferrugineuses, quoique dans une proportion généralement moindre que ne le fait le plâtrage.

Le phosphatage introduit aussi dans le vin, à l'état de phosphates de potasse et de chaux, 1 gramme à 1 gr. 25 de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là mêmes que nous fournissent tous les jours la viande et le pain.

Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool et de la couleur, et de la diminution de composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires.

En produisant une fermentation rapide, une défécation plus complète des vins produits, en augmentant leur acidité ou leur alcool, ces deux méthodes paraissent devoir réussir, lorsqu'elles seront bien appliquées, à préserver les vins de toute altération ultérieure; mais, à cet égard, c'est à l'expérience à prononcer en dernier ressort, le rôle de l'Académie devant se borner à juger le phosphatage et le plâtrage au seul point de vue de l'hygiène et de la santé publique.

L'Académie adopte les conclusions du mémoire de M. Gautier.

— M. Verneuil termine sa communication sur la filipuncture. Depuis la dernière séance, il a eu des renseignements sur un opéré qui peut être considéré comme guéri, puisque la guérison, il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte abdominale, se prolonge depuis vingt mois.

Malgré tout, on peut admettre que l'efficacité de l'opération est à peu près nulle, puisque, sur 34 cas, il y a deux succès complets, un échec opératoire et un cas (celui de M. Bucquoy) où l'opération n'a fait ni bien, ni mal. Le passif de l'opération monte à 30 cas suivis de mort dans un temps variant de 2 à 92 jours. La terminaison fatale est survenue tantôt à cause de l'opération, tantôt par l'évolution naturelle du mal. La filipuncture a donc été nuisible ou inutile un peu plus de 96 fois sur 100 et utile dans la proportion de 3 p. 100.

A cela les partisans de l'opération répondent que l'opération est bénigne par elle-même, retarde la mort, fait diminuer le sac; elle n'a pas guéri l'anévrysme thoracique, mais, d'un jour à l'autre, elle peut atteindre le but.

Si la méthode de Moore était palliative, elle pourrait être justifiée, mais il n'en est rien.

En premier lieu, l'opération est difficile, et son inventeur l'avait dit dès le début. Le fil a pu s'égarer vers l'aorte et le collet du sac; Ransckroff a mis un fil qui a été titiller les valvules sigmoïdes. Il y a plusieurs observations dans lesquelles le contact d'un petit bout de ressort de montre avec la paroi du sac a été cause de la mort, puisqu'il se fragmente en morceaux rigides. M. Bucquoy a transfixé le sac de part en part; il s'en est aperçu, mais on ne le verrait pas si l'anévrysme était profond. En fait, on n'est jamais sûr d'empêcher les vagabondages du fil, quand on en met 63 mètres dans un sac, et les précautions prises le seront toujours un peu au hasard.

L'introduction du fil n'est pas toujours possible, comme l'ont vu Howard Marsh et Bucquoy.

Un des seuls avantages de la méthode est d'être peu douloureuse, du moins dans la majorité des cas.

M. Chalmeil a affirmé que la filipuncture n'était pas dangereuse par elle-même, quand elle était convenablement pratiquée. Cette conclusion est d'un optimisme stupéfiant. La petite plaie peut être le point de départ de phlegmon, d'abcès, d'hémorrhagie, et, du reste, toute solution de continuité du sac, si petite qu'elle soit, est toujours dangereuse. Ces accidents se sont produits dans l'acupuncture et la galvanopuncture, qui emploient des aiguilles bien plus fines. Howard Marsh, qui ne put entrer dans le sac, eut des abcès, puis des hémorrhagies fatales; Baccelli eut autour de sa piqûre une inflammation érysipélateuse avec œdème suivie de septicémie mortelle. Dans une observation de Lépine, il y eut d'abord un abcès, puis des hémorrhagies de 500 et 1,000 grammes qui tuèrent le malade; dans une autre, du même auteur, de la lymphangite et une broncho-pneumonie septique et mortelle. M. Chalmeil dira-t-il que M. Lépine opère mal?

Dans d'autres cas, l'opération a révélé des états pathologiques antérieurs : de l'endocardite, des reins farcis d'abcès, etc.

Actuellement il est devenu de mode de pallier les insuccès opératoires en invoquant l'alcoolisme intérieur, le moindre accident, la faute antiseptique la plus légère. Quand l'accident fait défaut on a recours à l'épuisement, au choc traumatique. M. Verneuil s'est trop efforcé d'indiquer l'influence des états pathologiques viscéraux antérieurs pour nier leur influence, mais tout cela est de l'abus.

Les partisans de la méthode ont encore dit qu'elle pourrait diminuer la toux, la dyspnée, les douleurs, puis amener dans le sac des changements conduisant à la guérison. Dans le tiers des cas environ il y a des douleurs, ou bien, quand la filipuncture les soulage, ce n'est que pour un temps limité. On peut dire la même chose pour la toux et la dyspnée.

Les changements anatomiques que l'on note seulement dans la moitié des cas ne sont ni constants ni durables. On a vu la tumeur diminuer d'un côté et augmenter de l'autre. M. Verneuil pense même que la coagulation du sang incomplètement et irrégulièrement produite favorise la rupture là où la paroi est faible. Enfin, les changements favorables sur lesquels on appuie ont été aussi produits par d'autres méthodes, même médicales.

Quand on relève les observations, on voit que la filipuncture ne peut prolonger la vie. La survie opératoire est en moyenne, quand elle est notable, de cent-quarante-quatre jours et dans vingt-quatre cas elle n'a pas dépassé vingt-quatre jours deux tiers. Or, Lebert, sur trente cas d'anévrysmes aortiques, a montré que la durée moyenne était de dix-neuf mois.

L'anatomie pathologique n'est même pas faite pour encourager les partisans de la méthode, les corps étrangers peuvent produire des accidents et tout cela permet à M. Verneuil de poser les conclusions suivantes :

1° La méthode de Moore ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement

des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans les sacs anévrysmaux, de fils le plus souvent métalliques.

2° Physiologiquement, elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers introduits dans le torrent circulatoire de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine.

3° Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils, et d'autre part sur les parois du sac, formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides, qui combleront, en se réunissant, la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de façon à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture, et ainsi à prolonger plus ou moins la vie.

4° On compte, pour assurer le dépôt constant et la solidification progressive des caillots et de la fibrine, sur la permanence ou au moins sur le séjour prolongé des corps étrangers, et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers, pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est d'ailleurs d'une exécution très simple.

Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie. Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique.

5° Les opérateurs ne sont jusqu'ici d'accord sur aucun point de la technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier, ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre.

6° L'opération est moins facile qu'on ne le dit; parfois elle est restée inachevée, ou bien, imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves.

7° Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et le dépôt régulier de la fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, ils pêchent le plus souvent, tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuses, tantôt enfin par le défaut de persistance, celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils.

8° Ces mêmes corps étrangers, métalliques ou autres, dont, par une singulière contradiction, on désire à la fois la persistance et la disparition, provoquent directement par leur présence des accidents variés inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tout cas fort graves.

9° La filipuncture, considérée, soit comme opération radicale, soit comme opération palliative, et employée contre les anévrysmes profonds et contre les anévrysmes externes, n'a donné jusqu'ici que des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales et même médicales.

10° Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que pour ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière et de l'artère fémoro-iliaque; elle est peut-être plus efficace en cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. Elle ne compte que deux succès incontestables, dont l'un, facilement obtenu sur l'artère humérale, dans un cas très simple.

11° Elle n'est pas plus puissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, partielles, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés et certainement neutralisées en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables.

12° Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'eux. Tout au contraire elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire a atteint pour l'ensemble des cas une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectation pure et simple.

13° La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur 34 malades dont 36 sont morts bien avant l'expiration de l'année, et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers, dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de la santé antérieure, aux lésions graves préexistant dans

les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme, aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires partis trop souvent du trauma lui-même et par l'aggravation indéniable et rapide des propathies locales et générales.

14° La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Sicard : Etude sur le mimétisme. — M. Pinard : Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie. — M. Houdart : Contribution à l'étude de la terpine en thérapeutique. — M. Larauza : Sur un cas de hernie inguinale oblique interne chez un nouveau-né. — M. Baisnée : Contribution à l'hygiène nautique du choléra à bord des navires de la marine française. — M. Comte-Lagauterie : Etude sur une épidémie de dengue en Nouvelle-Calédonie (1884-1885).

FORMULAIRE

Pommade résolutive. — N. Guéneau de Mussy.

Carbonate d'ammoniaque pulv...............	5 grammes.
Camphre pulv............................	1 gramme.
Axonge..................................	30 grammes.

Mêlez. — Soir et matin, on fait des onctions avec cette pommade sur les ganglions cervicaux indolents des sujets scrofuleux. — Huile de foie de morue à l'intérieur, pure ou additionnée de sirop d'iodure de fer. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. le professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 13 juillet 1888, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris; M. le docteur Le Bon (de Paris).

— Par décret, en date du 14 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Labric, médecin des Enfants-Malades.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gérin-Roze, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Charles Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; Villeneuve, médecin de l'hôpital de Marseille ; Gros, à Mustapha ; Picard, à Pelles-sur-Cher ; Teillais, à Nantes ; Tonnel, à Niort.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Coursserant, Fagard, Guède, Hénocque, Labarthe et Van Gelder, à Paris ; Martialis-Mérault, médecin en chef de la marine ; Rampal, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Gagnon, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant ; Lenoël, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens ; Lescœur, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Turel, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble ; Tripier et Gailleton, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon ; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Bertin et Jaumes, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier ; Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes ; M. le pharmacien Radot, à Versailles.

— Le concours du clinicat des maladies mentales vient de se terminer, par la nomination de M. Rouillard, comme chef de clinique titulaire, et M. Semelaigne, comme chef de clinique adjoint.

— A la suite du concours ouvert le 25 juin dernier à la Faculté de médecine de Paris pour le clinicat médical et celui des maladies cutanées, ont été nommés :

Hôpital de la Charité. — Chef de clinique : docteur Foubert ; chef de clinique-adjoint : docteur Hischmann.

Hôpital de la Pitié. — Chef de clinique : docteur Duflocq ; chef de clinique adjoint : docteur Ménétrier.

Hôpital Saint-Louis. — Chef de clinique : docteur Feulard ; chef de clinique-adjoint : docteur Cayla.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1888, M. le docteur Millon, médecin de la police à Marseille, vient de recevoir une médaille de vermeil, pour les services exceptionnels, dévoués et distingués, qu'il a rendus lors des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

Congrès pour l'étude de la tuberculose. — *Programme des séances :*

Mercredi 25 juillet. — A neuf heures du matin, réunion des membres du Congrès dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. — Séance d'organisation.

Ordre du jour : Approbation des statuts et du règlement du Congrès. Nomination des membres du bureau définitif.

A trois heures de l'après-midi, séance publique d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

A neuf heures du soir, réception des membres du Congrès par le Comité d'organisation dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

Jeudi 26 juillet. — A neuf heures du matin, séance dans le grand amphithéâtre. Communications relatives à la question Ire.

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications, s'il y a lieu, et questions diverses.

Vendredi 27 juillet. — A neuf heures, visite aux laboratoires de MM. les professeurs Cornil et Straus (démonstrations d'anatomie pathologique et de technique bactériologique) et au Musée d'hygiène, sous la direction de M. le professeur Proust (exposition des procédés et appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose).

A trois heures de l'après-midi, séance dans le grand amphithéâtre. Communications diverses.

Samedi 28 juillet. — A neuf heures, communications relatives à la question II.

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Dimanche 29 juillet. — A une heure de l'après-midi, visite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, présentations d'animaux malades et autopsies d'animaux tuberculeux.

Lundi 30 juillet. — A neuf heures du matin, communication relative à la question III.

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Mardi 31 juillet. — Communications relatives à la question IV.

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses. A cinq heures, séance de fermeture du Congrès.

Le programme détaillé de chaque séance sera imprimé la veille et distribué le matin;

MM. les membres du Congrès sont instamment priés de vouloir bien remettre à MM. les secrétaires le résumé de leur communication à la fin de la séance où ils auront pris la parole.

Communications annoncées.

De Toma (Dr P.) : Voies de diffusion du virus tuberculeux dans l'organisme.
Cagny : Un exemple inédit de contagion de l'homme aux volailles.
— Diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux.
Espina y Capo : Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme par l'examen microscopique du bacille de Koch.
Chambrelent : Sur la méningite tuberculeuse pendant la grossesse.
Hartenstein : La tuberculose bovine dans ses rapports avec la phthisie vermineuse.
Zoéros-Pacha : La tuberculose en Turquie.
Robinson (Dr R.) : Contribution à l'étude de la tuberculose en Asie Mineure. La phthisie en Cappadoce, etc.
Solles (Dr E) : De l'existence d'un micro-organisme que présente le poumon tuberculeux de l'homme et qui n'est pas le bacille de Koch.
— De l'hérédité de la tuberculose chez le cobaye.
— Indication d'un moyen facile et sûr de diagnostiquer la phthisie pulmonaire dans les cas douteux.
— Sur une culture tuberculeuse du poumon humain.
Bang : Sur la virulence du lait provenant des vaches tuberculeuses.
Landouzy : Sur différents modes de début et de développement de la tuberculose.
Arloing : Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale.
— Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.
— Extinction de la tuberculose des animaux par la mise en jeu de la police sanitaire.
— De l'inoculation aux animaux comme élément de diagnostic de la tuberculose à son début.
Verneuil et Clado : Sur le diagnostic des lésions tuberculeuses par l'inoculation dans le péritoine des cobayes.
Galtier (V.). — Des dangers auxquels exposent l'usage de la viande, du lait, du fromage, du petit lait, et l'utilisation du sang des animaux tuberculeux pour la clarification des vins.
— Résistance du virus tuberculeux à la chaleur, à la salaison, à la congélation, à la putréfaction, à la dessiccation, à l'immersion prolongée dans l'eau, à l'action de la présure, à celle des liqueurs alcooliques et à la décomposition cadavérique dans le sol.
— Hérédité de la tuberculose animale.
— Régime sanitaire qu'il convient d'appliquer aux animaux tuberculeux et aux viandes qu'ils fournissent.
Chantemesse : Sur la durée de la vitalité des germes de la tuberculose dans les eaux de rivière.
Tuffier : Sur la tuberculose du rein.
— Sur l'inoculation du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire.

(*A suivre.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

Le procès sur la filipuncture a été instruit par M. Verneuil avec toute la sagacité, toute l'impartialité et toute l'érudition qu'on pouvait attendre de lui. S'appuyant sur un nombre de faits double de celui de MM. Charmeil et Lépine, il a démontré que cette méthode thérapeutique des anévrysmes n'était ni facile, ni innocente, ni efficace; elle n'a pu, dans quelques cas, être menée à bonne fin; elle a provoqué des accidents consécutifs assez nombreux et graves; elle n'a produit que des améliorations de courte durée, sauf dans 3 cas sur 34; elle n'a à son actif que 2 guérisons, 1 pour un anévrysme de l'aorte abdominale, et l'autre de l'artère humérale. Dans les 32 autres cas, la mort est survenue plus rapidement que lorsque les anévrysmes sont abandonnés à eux-mêmes. La conclusion forcée de l'analyse de ces faits, rassemblés à grand'peine, est que la filipuncture ne saurait convenir au traitement des anévrysmes, à moins de subir des transformations radicales.

M. le docteur Vidal (d'Hyères) a donné d'intéressants détails sur les nombreux cas d'intoxication par le vin falsifié à l'aide de l'arsenic, survenus

FEUILLETON

Pension accordée a M. le docteur Maillot.

Après de nombreuses démarches, un projet, né au Congrès de l'Association française à Alger en 1881, vient enfin d'avoir une heureuse solution. Puisse-t-il n'être pas trop tard.

« — Sur la proposition de M. A. Letellier, dit M. Lereboullet dans la *Gazette hebdomadaire*, la Chambre des députés vient de voter un projet de loi ayant pour objet d'accorder à titre de récompense nationale une pension de 6,000 francs à M. le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées.

« Nous tenons à être parmi les premiers de ceux qui applaudiront à cet acte de justice. Notre vénéré confrère a rendu à la science et à la profession médicales des services que connaissent depuis bien longtemps les lecteurs de ce journal et sur l'étendue desquels il nous parait inutile d'insister.

« M. Lereboullet rappelle que c'est lui qui, le premier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, éleva la voix en 1877 — il y a plus de dix ans — pour rendre à M. Maillot la justice qui lui est due. « Il est nécessaire de le dire ici, car on semble l'oublier trop souvent, écrivait-il dans l'article Fièvres, p. 219, c'est à M. Maillot que l'on doit l'immense progrès qui abaissa, dans des proportions singulières, la mortalité par fièvres pernicieuses. Si l'on songe qu'en 1833 à l'hôpital militaire de Bône il mourait 1 malade sur 3 et qu'en 1834 et 1835 on n'en perdait plus que 1 sur 20; si l'on réfléchit

dans les environs de cette localité. Il a pu rattacher leur physionomie à celle de l'acrodynie, et de tous les empoisonnements par les sels métalliques en général.

Le phosphatage et le tartrage des vins seront-ils plus efficaces pour bonifier les mauvais vins et plus innocents pour ceux qui les consommeront? M. le professeur A. Gautier a soutenu cette thèse avec beaucoup de talent, et les conclusions favorables qu'il a présentées ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie, — mais avec des réserves portant sur la mise en pratique des idées théoriques du savant rapporteur, — réserves qu'il a sagement exprimées lui-même. — L.-H. P.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Lithiase rénale (1).

Leçon recueillie par M. Œttinger, interne du service (année 1884).

On donne le nom de calcul à toute pierre qui, se formant dans les calices ou dans les bassinets, devient trop volumineuse pour pouvoir passer à travers les uretères. Le nombre de ces concrétions est très variable; on en trouve jusqu'à dix, quinze ou même vingt; leur forme est assez dissemblable; tantôt, ils présentent comme les calculs biliaires des facettes multiples; tantôt ils sont arrondis; tantôt, c'est le cas le plus fréquent, ils prennent une forme branchue, tenant aux prolongements multiples qu irradient dans les calices. Tantôt ils ont une couleur foncée; tantôt ils sont plus ou moins blanchâtres. Leur consistance varie également suivant leur composition chimique : le plus souvent, l'acide urique, l'oxalate de chaux, la cystine prennent part à leur formation, mais il est rare qu'ils soient dans leur totalité formés de la même substance chimique; en effet, le noyau est

(1) Suite — Voir le numéro du 5 juin 1888.

---

que M. Maillot durant ces deux années a eu 836 malades de plus que les deux années précédentes et 1,137 morts en moins, si l'on calcule, d'après ces chiffres, ce que devait être jadis la mortalité de nos soldats, on ne fera que rendre justice à M. Maillot en affirmant qu'il a fait faire les plus grands progrès à la thérapeutique des fièvres intermittentes. »

Depuis, M. le professeur Verneuil au Congrès d'Alger et notre regretté confrère Liouville au Parlement se sont faits l'écho de ces témoignages de gratitude et de respect dus à l'un des plus dignes d'estime parmi les anciens médecins de l'armée. L'heure de la justice a été tardive, mais ce n'est qu'avec plus de joie qu'il faut accueillir la décision prise en faveur de M. le docteur Maillot.

Peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt pour nos lecteurs de leur communiquer un document resté inédit jusqu'ici. C'est la lettre que M. le professeur Verneuil écrivit à M. le maire d'Alger, à la fin du Congrès, pour le prier de donner à une rue de cette ville le nom de Maillot.

Alger, 24 avril 1881.

Monsieur le maire,

Un de nos confrères, médecin en chef du 1er corps d'armée, et qui a jadis séjourné en Algérie pendant douze ans, M. le docteur Cuignet, a saisi la section médicale de l'Association française d'une proposition tout à fait digne d'attention.

Il s'agirait, en effet, de perpétuer, en Algérie, le souvenir d'un médecin militaire, M. Maillot, qui a rendu à la colonisation des services tels que sans lui peut-être force nous eût été d'abandonner notre importante conquête.

souvent formé de substances telles que l'acide urique, tandis que l'enveloppe est constituée par des oxalates, des carbonates ou phosphates de chaux; lorsqu'il y a des lésions des calices ou du bassinet, le phosphate ammoniaco-magnésien forme assez fréquemment la couche la plus externe de ces calculs.

Toutes les pierres du rein appartiennent elles à une même maladie? C'est là une question encore mal connue et mal élucidée, et dont on ne s'inquiète généralement pas. Il semble cependant que, suivant les différents cas, il y ait des prédispositions morbides différentes, mais le noyau seul pourrait indiquer l'influence sous laquelle s'est développé le calcul primitif. Le plus souvent, sa formation tient à une cause générale, à un trouble de la nutrition déterminant une surabondance dans la production de l'acide urique; mais il faut aussi tenir compte de l'influence locale, des altérations du bassinet, du rein, qui peuvent déterminer la formation d'un calcul; on sait que, dans le cancer rénal, les calculs ne sont pas très exceptionnels.

Les phénomènes résultant de la présence de calculs dans les reins sont extrêmement variables, pour des causes multiples faciles à comprendre. Parfois, les bassinets ou les calices supportent la présence de ces corps étrangers au point qu'ils passent inaperçus ou ne déterminent que des douleurs passagères ou rudimentaires; ainsi Bonet rapporte que chez un malade, qui ne s'était jamais plaint d'aucun malaise, il trouva dans un des reins une pierre de 3 onces 1/2 et, dans l'autre, au moins cent petits calculs. Il est cependant nécessaire qu'un seul rein soit atteint pour qu'on observe aussi peu de symptômes; il en était ainsi dans ce cas que j'ai observé en 1871 : il s'agissait d'une femme, âgée de 74 ans, morte en 1871, dans mon service, d'athérome artériel, avec ramollissement du cerveau et démence, qui n'avait jamais présenté aucun symptôme de désordres urinaires; je trouvai cependant dans les calices et le bassinet du rein droit vingt calculs grisâtres, ayant le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une petite cerise. Pressés les uns contre les autres, ces calculs offraient des arêtes, et quelques-uns avaient pris une forme

1 Au début de l'occupation, il faut s'en souvenir, la mortalité était si grande parmi les mmigrants, qu'on dût se demander à plusieurs reprises s'il serait possible de se maintenir sur un sol aussi meurtrier.

Le fléau, variable dans ses formes et mal connu dans son essence, était combattu par des moyens impuissants, quand ils n'étaient pas nuisibles, et le découragement était général.

Telle était la situation, quand M. Maillot, alors médecin à Bône, dans une région marécageuse, réputée funeste entre toutes, découvrit la nature des maladies régnantes, rapporta ces dernières à l'intoxication palustre et recommanda les préparations de quinquina.

Les résultats de cette initiative furent prompts et décisifs. Le soldat et le colon purent reprendre leur tâche respective, et en moins de trente ans faire de l'Algérie cette province paisible et fertile qui fait aujourd'hui notre admiration.

La section médicale et le bureau de l'Association, approuvant sans réserve le vœu exprimé par M. le docteur Cuignet, m'ont chargé, M. le maire, de vous le transmettre.

Nous espérons que vous trouverez juste et bien d'éterniser la mémoire du bienfaiteur, là même où le bienfait a été rendu, et par un moyen dont le choix vous appartient naturellement, de signaler aux Algériens présents et futurs le nom d'un homme qui a bien mérité de la terre africaine.

Veuillez recevoir, Monsieur le maire, l'expression de ma plus haute considération.

VERNEUIL.

cubique; la membrane muqueuse sur laquelle reposaient ces corps étrangers était simplement injectée; il n'y avait pas trace d'hydronéphrose; du côté opposé, l'injection n'était pas moindre, malgré l'absence de calculs. La muqueuse vésicale, manifestement enflammée, offrait, au pourtour du col et sur le bas-fond de la vessie, de petits points blanchâtres assez semblables à des sudaminas. Les vaisseaux du voisinage se trouvaient fortement dilatés; il n'y avait pas trace de calcul vésical.

Le plus souvent, les accidents sérieux liés à la présence de ces calculs n'apparaissent qu'à une période assez éloignée du début de la maladie. Ils peuvent donner lieu à des phénomènes d'ordres divers : l'hydronéphrose, passagère généralement lorsque le gravier est de petit volume, peut ainsi devenir définitive lorsque le gravier est un calcul et que l'oblitération de l'uretère est complète; il n'est pas rare que cet accident reste, comme nous l'avons vu pour les calculs des bassinets, entièrement latent; l'observation suivante nous en montre un exemple bien net : Il s'agissait d'un homme de 42 ans, qui entra à l'hôpital Saint-Antoine, en 1873, pour des accidents de tuberculose pulmonaire à laquelle il succomba; outre les lésions du poumon, je trouvai à l'autopsie, sans que rien, pendant la vie, vînt attirer l'attention de ce côté-là, une dilatation énorme des calices et du bassinet du rein gauche, avec atrophie presque complète du parenchyme rénal, déterminée par la présence d'un volumineux calcul logé dans une des poches du bassinet et oblitérant entièrement l'uretère; le rein du côté opposé était considérablement augmenté de volume.

Mais il est relativement rare que l'hydronéphrose reste latente ou qu'elle se manifeste uniquement sous la forme d'une tumeur; le plus souvent elle s'accompagne de pyélite ou de néphrite consécutives.

Celles-ci peuvent exister du reste sans qu'il y ait la moindre dilatation du bassinet et des calices.

La pyélite est une lésion qui reste quelquefois exsudative, et elle ne s'accompagne alors que d'injection de la muqueuse du bassinet, mais le plus souvent la pyélite suppure, et l'on trouve alors cette muqueuse recouverte de pus, présentant une coloration ardoisée; en même temps, elle s'épaissit, adhère aux tissus voisins; quelquefois enfin, elle présente des ulcérations plus ou moins étendues. Dans quelques circonstances, l'uretère reste libre et le pus s'écoule alors dans la vessie, déterminant des phénomènes de cystite, ou bien ses parois finissent par adhérer l'une à l'autre, et l'uretère est oblitéré.

Dans la majorité des cas, le rein est atteint à son tour et il peut, suivant les circonstances, présenter deux lésions bien distinctes : l'hydronéphrose causée par la présence du calcul peut, comme celle qu'on observe dans tout obstacle au cours de l'urine dans les uretères, cancer de l'utérus, hypertrophie prostatique, déterminer une lésion particulière du rein, qui se caractérise par un effacement des pyramides, une atrophie de la substance corticale; la capsule devient adhérente au parenchyme rénal, et ce dernier, dur, sclérosé, ne présente en aucune région ces granulations caractéristiques de la néphrite liée à l'athérome artériel. Pareille lésion accompagne également la lithiase urinaire lors même qu'il n'y a pas hydronéphrose, et qu'il existe seulement des calculs dans les bassinets. Telle est l'observation suivante : Une femme âgée de 61 ans, chiffonnière, fut apportée à l'hôpital de la Pitié, le 29 juillet 1881, sans connaissance; d'après les renseignements fournis par les personnes qui l'accompagnaient

cette femme était malade depuis trois ans; mais, depuis huit jours, elle était paralysée des membres inférieurs et supérieurs. La langue était sèche, fuligineuse; la température assez élevée, 38°; la respiration irrégulière, difficile; les urines peu abondantes. Elle mourut dans le coma deux jours après son admission à l'hôpital. L'autopsie révéla, outre une surcharge adipeuse de tous les organes, cœur, foie, etc., une atrophie énorme du rein droit; cet organe ne pesait que 20 grammes; il était dur, sclérosé; le bassinet et les calices à peine dilatés ne contenaient pas d'urine, mais nous pûmes néanmoins constater l'existence, dans l'uretère, d'un calcul de la grosseur d'une noisette, oblitérant entièrement ce canal; il y avait donc dans ce cas particulier, atrophie du rein, néphrite scléreuse, oblitération de l'uretère, sans qu'il existât la moindre hydronéphrose.

Ainsi donc, un premier ordre de lésions du côté du rein est caractérisé par une sclérose et une atrophie de l'organe; un second ordre de lésions, plus habituelles que les premières, est constitué par la suppuration du parenchyme; celui-ci présente alors une destruction du sommet des pyramides, souvent très étendue, analogue à celle que l'on observe dans la tuberculose rénale, consécutive à la cystite tuberculeuse; dans d'autres circonstances, la suppuration se dissémine dans le rein, et l'on trouve cet organe parsemé de petits abcès miliaires, dont la plupart ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle.

Cette néphrite suppurative peut être unique ou double, et c'est sur ce fait qu'est pour ainsi dire basé le pronostic.

Indépendamment de ces lésions, il arrive que le tissu du rein adhère aux tissus voisins, à l'atmosphère celluleuse qui l'entoure, de sorte qu'il se confond avec elle, et qu'à l'autopsie, il est parfois difficile de les séparer et même de les distinguer l'un de l'autre; l'uretère lui-même qui suppure, est dilaté, épaissi; sa muqueuse est épaissie, noirâtre, et il finit par se fusionner avec les tissus cellulaire et musculaire ambiant, de sorte qu'il est presque impossible de le disséquer même avec la plus grande attention. Ces lésions se produisent par continuité; le pus engendre le pus et les altérations de l'uretère sont déterminées de cette façon, sans qu'il y ait aucun calcul arrêté dans son intérieur; la vessie à son tour peut suppurer sans qu'il y ait dans sa cavité aucun corps étranger.

Il est souvent bien difficile, pour ne pas dire impossible, de dissocier les différents symptômes propres à ces lésions, car ils se présentent presque toujours associés les uns aux autres.

Rappelez-vous l'histoire d'une de nos malades couchée au lit n° 3 de la salle Lorain :

Cette femme, âgée de 31 ans, si intéressante à tous égards, est forte, vigoureuse, et présente toutes les apparences de la santé. Elle n'a jamais été malade et elle a eu deux grossesses à terme. C'est en 1878 qu'elle ressentit pour la première fois de vives douleurs dans la région lombaire droite, douleurs vives, lancinantes, qui survenaient à des intervalles assez éloignés, tous les mois environ, et souvent à l'époque de ses règles. Il y a deux ans, elle observa également qu'au moment où ces douleurs cessaient, elle rendait souvent un ou deux petits graviers dans ses urines. Il y a un an, les symptômes se modifièrent; les douleurs devinrent constantes et changèrent de caractère; elles apparaissaient pendant la miction, surtout vers la fin, et les envies d'uriner étaient extrêmement fréquentes; en même temps, les urines étaient purulentes; elle fut soignée à la Charité par M. Desprès pendant quelques semaines; il y a dix mois qu'elle est sortie de cet hôpital un peu améliorée, mais présentant toujours les mêmes symptômes.

Les urines, dont la réaction est alcaline, contiennent une grande quantité de pus qui se dépose dans le fond du vase en une couche épaisse, et renferment de temps à autre quelques calculs peu volumineux, jaunâtres, friables, formés de sels uratiques. En même temps, dans la région lombaire du côté droit, on trouve, par la palpation, une tumeur assez volumineuse, dont la pression est douloureuse et pénible pour la malade; cette tumeur formée par le rein droit a les dimensions des deux poings environ. (Traitement : acide benzoïque, 1 gramme dans un julep gommeux.)

Il existe de temps à autre une notable élévation de la température vers le soir; quelquefois même, la malade est prise d'un frisson avec une température de 40° centigr. et une céphalée intense. Dans ces conditions, l'appétit est nul, il y a même du dégoût pour les aliments, et des douleurs toujours vives, mais cédant en général à l'emploi de suppositoires ou de lavements opiacés, sont ressenties au moment de la miction.

Tous ces désordres conduisent à penser qu'il existe chez cette femme une suppuration des calices et des bassinets très vraisemblablement déterminée par la présence d'un calcul rénal, et comme il y a en même temps des envies fréquentes d'uriner, des épreintes vésicales, du ténesme anal, la suppuration vésicale est certaine; mais, en outre, le rein droit est vraisemblablement lésé et en état de suppuration; les accès fébriles que présente notre malade, la sécheresse de la langue qu'elle accuse parfois, la céphalée dont elle se plaint fréquemment, ne sont-ce point là des symptômes qui, réunis aux autres, sont des présomptions en faveur de cette hypothèse?

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Cas de grossesse sextuple. Histoire clinique du docteur Francesco VASSALI. (In *Gazzetta medica italiana Lombardia*, n° 22.) — D'après l'auteur, ce serait la seule observation indiscutable connue dans la science de grossesse sextuple.

M. le professeur Macari a bien raconté, dans son *Compendium d'obstétrique* publié en 1877, que la comtesse Marguerite de Hollande, en 1276, avait donné le jour, en un seul accouchement, à **365** fœtus qui moururent après avoir été baptisés le même jour; mais il y a fœtus et fœtus, et probablement que ceux de l'illustre parturiente n'étaient qu'ébauchés, et encore!

Nous avons relevé, dans notre livre sur l'obstétrique en Italie, un certain nombre de faits d'accouchements multiples que M. le professeur Corradi a trouvés dans la littérature antique, mais dont l'existence n'est rien moins que sûre.

Tarnier, dans son *Traité,* ne craint pas de dire que l'on ne connaît pas d'exemple authentique de 6 jumeaux. Faudrait-il pour céla excepter le cas d'Ambroise Paré, qui raconte, d'après Pic de la Mirandole, qu'une femme du nom de Dorothée mit au monde, en deux accouchements, 20 fœtus, 9 la première fois et 11 ensuite?... Cela ne se voit plus de nos jours.

La femme qui fait l'objet de la note clinique de M. le docteur Vassali est âgée de 36 ans. Elle est mariée à un robuste paysan de 41 ans, déjà père de dix enfants, nés en 10 accouchements. C'est en allaitant son premier enfant, alors âgé de 11 mois, qu'elle eut après le retour de ses règles les premiers symptômes d'une grossesse commençante. Les quatre mois qui suivirent s'accompagnèrent de tous les troubles habituels dont se plaignent à ce moment les femmes enceintes, mais ils furent surtout remarquables par le développement excessif de l'abdomen, qui était à quatre mois aussi développé qu'au neuvième mois. Il y avait, en outre, une gêne excessive des mouvements; des douleurs dans les membres inférieurs et de l'œdème généralisé, etc. Un matin, étant dans les champs (le 115° jour environ de la grossesse), en se présen-

tant à la garde-robe, elle rend un flot de liquide par le vagin qui l'effraye beaucoup; elle tâche pourtant de regagner son habitation. Sur le seuil de sa porte, elle sent un corps étranger qui sortait de la vulve, et la sage-femme, requise aussitôt, constate que c'est un petit fœtus, qu'elle enlève après avoir fait la ligature du cordon.

Notre confrère est appelé en ce moment; il ne trouve pas les voies génitales préparées pour la parturition : le col n'est que peu ramolli, la malade est sans fièvre et se trouve dans de bonnes conditions ; il conseille d'attendre. Ce n'est que le lendemain, dans le milieu du jour, que le travail reprend, mais irrégulièrement et avec de la fièvre, de violentes douleurs et une perte de sang assez abondante, etc. Bref, le médecin croit de son devoir d'intervenir afin de hâter l'accouchement; il pénètre donc dans l'utérus, perce la poche des eaux et extrait un petit fœtus..... et de deux!... la même manœuvre est aussitôt répétée et se termine par l'extraction d'un troisième petit être; deux autres tentatives semblables amènent encore au dehors deux bambinos; cela faisait cinq!!! Réunissant les cinq cordons, le docteur Vassali, deux heures après, essaya vainement de faire la délivrance et dut même laisser son bras introduit dans l'utérus, afin qu'il servît de tampon et arrêtât l'hémorrhagie qui menaçait de se reproduire. Un collègue vint enfin remplacer l'accoucheur et put enlever les placentas, dans lesquels on trouva un sixième fœtus!... Les suites de couches furent bonnes; les bébés étaient en vie au moment de leur extraction, mais ne tardèrent pas à mourir.

La sueur dans les maladies infectieuses. Recherches de M. le professeur G.-B. QUEIROLO. (*Clinica medica propedeutica di Genova;* in *Gazzetta degli ospitali,* 10 juin, n° 47.) — Jadis, tout véritable praticien attachait une grande importance aux sueurs dans les maladies, et surtout dans celles reconnues infectieuses... Aujourd'hui, on sue peut-être encore, mais on ne s'en inquiète que peu ou prou, et tous les moyens physiques et chimiques tendent à remplacer, pas toujours avec avantage, les vieux moyens d'observation d'autrefois.

Et pourtant une abondante diaphorèse, dans le cours des maladies aiguës, est un symptôme heureux, c'est presque toujours la satisfaction que l'on fait naître chez le malade et son entourage, quand on sait le constater à point. Il est certain que la sueur est un moyen puissant d'élimination de l'organisme par la *materia peccans*. Cela est tellement vrai que la sueur entraîne avec elle la principale cause des maladies sous forme de matériaux toxiques, ptomaïnes ou autres. Recueillie dans le cours de la variole, du rhumatisme articulaire, de la fièvre typhoïde, etc., et injectée à divers animaux par M. le professeur Queirolo, elle les a tous tués; tandis que la sueur normale, prise sur des hommes sains et introduite dans les mêmes conditions chez un même nombre d'animaux, ne les a même pas indisposés. D'où la vieille indication hippocratique de donner à boire abondamment aux fébricitants, avec cette espérance que ce lavage entraînera du côté de la peau et des émonctoires naturels la plus grande partie du poison qui les intoxique.

Quelques considérations sur les injections intra-utérines antiseptiques, par M. le docteur RUSCONI. (In *Gazzetta degli ospitali,* juin. — Premier-Milan.) — Le rédacteur de la vaillante gazette milanaise a choisi cette fois, comme sujet d'études, une méthode thérapeutique qui est loin de jouir encore, en Italie et en France, de la faveur qu'elle mérite à tant d'égards. Il n'a pas craint de rompre sa plume alerte à la défense de ce procédé clinique d'injections médicamenteuses intra-utérines qui est appelé à métamorphoser dans un avenir prochain toute la pathologie utérine. Nous ne saurions trop en féliciter Tarnier, Pajot, Fritsch, Schrœder, etc., etc., tous les gynécologistes d'aujourd'hui s'efforcent de fa re accepter ce nouveau procédé et l'appuient de leur autorité et de nombreuses observations. Rendu et Bar ont même pu écrire que les accidents après les injections intra-utérines sont rares et toujours sans gravité. Ce n'est pourtant pas l'avis universel et, pour notre part, nous avons eu, chez plusieurs femmes, des accès de fièvres à la suite d'injections de sublimé et même, dans un cas, une véritable intoxication, du reste, sans gravité définitive.

Les médecins italiens qui s'adonnent spécialement à la pathologie utérine ont adopté définitivement les injections intra-utérines dans leur pratique courante et leur expé-

rience est faite maintenant sur la valeur de ce procédé, qui leur rend les services les plus grands, dans toutes les circonstances où il y a intérêt à faire de l'antisepsie et à modifier la texture de la muqueuse de l'organe de la gestation.. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juillet 1888.

Etude comparative du pouvoir antiseptique du cyanure de mercure, de son oxycyanure et du sublimé. — M. CHIBRET a fait des expériences avec ces trois agents antiseptiques sur le *micrococcus aureus* pyogène. Il en résulte que l'oxycyanure au 1/1300 agit comme le sublimé au 1/1400, que le cyanure agit un peu moins bien que l'oxycyanure, que les solutions au 1/100 d'oxycyanure, de cyanure et de sublimé tuent l'*aureus* en cinq minutes, que les mêmes solutions au 1/1000 le tuent en moins d'une heure, que ces mêmes solutions au 1/3000 ne commencent à le tuer qu'au bout de quatre heures et que des cultures d'*aureus* peuvent survivre, même après dix heures.....

Employé en chirurgie sur les surfaces suppurantes ou pour rendre aseptiques les muqueuses, et particulièrement la conjonctive, la solution d'oxycyanure de mercure au 1/1500, permet d'obtenir une asepsie supérieure à celle que l'on obtient par le sublimé, tant à cause de la tolérance des tissus que par suite de la faible absorption.

Sur la composition de l'urine sécrétée pendant la durée d'une contre-pression sur les voies urinaires. — M. LÉPINE et M. AUBERT, en 1886, ont déjà étudié les modifications de l'urine sécrétée *après* l'enlèvement d'un obstacle à son cours (ligature temporaire d'un uretère par exemple). Aujourd'hui, M. Lépine et M. PORTERET étudiant celles qu'offre l'urine sécrétée *pendant* la durée d'un certain degré de compression. Les expériences ont été faites sur le chien, en voici les résultats :

1° Le rapport de la quantité d'urine n'est pas en corrélation nécessaire avec le degré de la contre-pression;

2° Dans le cas de contre-pression *faible*, la quantité d'urée est plus diminuée que la quantité d'urine ; dans le cas de contre-pression forte, au contraire, la quantité d'urée est moins diminuée que la quantité d'urine ;

3° D'une manière générale, dans les contre-pressions faibles et fortes, le rapport des sels ne diffère pas sensiblement de celui de la quantité d'urine, sauf exceptions;

4° Dans le cas de contre-pression faible, le rapport des chlorures est *supérieur* à celui des sels; il est, au contraire, *inférieur* dans le cas de contre-pression forte;

5° Les phosphates passent moins bien du côté de la contre-pression que les sels en masse;

6° Dans quelques expériences où une solution de sucre de canne avait été injectée dans les veines, pour favoriser la sécrétion de l'urine, le rapport du sucre n'a pas différé notablement de celui de la quantité d'urine.

Sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue. — MM. Arm. GAUTIER et L. MOURGUES ont constaté que l'huile de foie de morue contient un certain nombre d'alcaloïdes dont quelques-uns sont très actifs. Ils ont étudié aussi bien les huiles incolores que les huiles colorées; mais les alcaloïdes ont été extraits de l'huile blonde ou fauve, c'est-à-dire de celle généralement reconnne comme étant la plus active. Le mélange des bases, soumis à la distillation fractionnée au bain d'huile, se sépare en deux parties à peu près égales en poids, c'est-à-dire en bases volatiles et en bases peu volatiles ou fixes. Ces bases sont : la butylamine, l'amylamine, l'hexylamine, l'hydrolutidine (base nouvelle), l'aselline (base nouvelle), la morrhuine (base nouvelle) ; il existe en outre dans l'huile de foie de morue un peu de lécithine et un acide azoté cristallisable très particulier, *acide gaduinique*; c'est à la fois un acide assez puissant et un alcaloïde capable de donner des chloroplatinates cristallisés.

Contribution à l'étude expérimentale de la gangrène foudroyante et spécialement de son inoculation préventive, par M. Cornevin. — « Si l'homme et la plupart des animaux à sang chaud, le bœuf excepté, subissent les atteintes de la gangrène foudroyante ou gazeuse, la réceptivité des espèces animales domestiques, pour cette maladie, est fort inégale.

« Mes recherches m'ont fait les classer comme suit, d'après l'ordre décroissant de leur susceptibilité : cobaye, âne et cheval, en première ligne; mouton et pigeon, en deuxième ligne; lapin et coq, en troisième ligne; rat blanc, en quatrième ligne; chien, chat et canard, en cinquième ligne. La constatation d'une pareille irrégularité amène à rechercher si, par le passage sur une série de sujets d'une même espèce animale, le virus est modifié dans son activité pour d'autres espèces. Le cobaye et le rat blanc furent choisis pour poursuivre cette idée. Les expériences exécutées ont montré que, quel que soit le nombre de générations que l'on atteigne, en passant de cobaye à cobaye, le bacille de la gangrène conserve intacte sa virulence; reporté sur les animaux cités plus haut, il les tue tous. Les résultats sont différents si l'on agit sur le rat blanc en se servant de sujets adultes ou âgés. A partir de la septième génération, le virus, recueilli et transporté sur d'autres espèces, tue dans les délais habituels tous les cobayes inoculés, ne fait mourir qu'une partie des lapins et des pigeons et dans un laps de temps plus long que quand le virus a une autre provenance; il respecte canard, chat et chien, à moins qu'il ne s'agisse de jeunes sujets. Nous sommes autorisé à conclure que le passage par l'organisme d'une série de rats atténue la virulence de la gangrène.

« De plus, les nombreuses expériences faites sur cette question m'ont permis de constater que : 1° le virus de la gangrène foudroyante n'est autre que le vibrion septique; 2° le virus est atténué aussi par l'action combinée de la chaleur et de certaines substances chimiques, telles, par exemple, que les phénols; 3° le virus atténué donne l'immunité contre le virus fort, mais cette immunité est de très courte durée, elle ne dépasse pas vingt-quatre jours; 4° l'acide lactique a la propriété de régénérer le virus atténué; 5° le vibrion septique est très abondant dans les terres cultivées; très rare, au contraire, sinon absent, dans le sol des forêts; il n'a pas été trouvé dans l'air; 6° il n'est pas inoculable sur les surfaces naturelles, tandis qu'il détermine ses ravages bien connus, allant jusqu'à la mort, lorsqu'on l'inocule sous la peau, par exemple. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Syphilis rénale simulant l'hémoglobinurie. — Angine de poitrine et rétrécissement des coronaires. — Ectocardie congénitale.*

M. Hayem rappelle une femme de 32 ans dont l'observation a été communiquée à la Société par M. Millard, le 13 avril dernier, comme cas d'hémoglobinurie. M. Hayem, qui soigne la malade depuis cette époque, rejette ce diagnostic. Le jour de son entrée dans le service, la malade émit des urines colorées en rouge dont les caractères étaient ceux de l'hématurie : globules rouges; à l'examen spectroscopique, deux faibles bandes d'oxyhémoglobine et une bande d'urobiline, mais pas traces de bandes de méthémoglobine ou d'hématine. L'acide acétique et la chaleur décelaient de l'albumine, qui continua à se montrer d'une manière intermittente, surtout au moment des règles.

La malade, exposée à dessein au froid, n'eut plus jamais d'urines sanglantes, mais eut toujours un peu d'albuminurie. Elle accusait, en outre, des frissons, de l'horripilation, des douleurs lombaires prédominantes à gauche et de la cyanose des extrémités du même côté.

M. Hayem pensa d'abord avoir affaire à une tuberculose rénale. Mais, sous l'influence d'un traitement tonique, l'état général fut promptement amélioré. Comme la malade se plaignait souvent de céphalée, perdait ses cheveux et présentait sur le cuir chevelu, outre du pityriasis, quelques croûtelles, il songea à la possibilité d'une syphilis et institua le traitement spécifique : sirop de Gibert d'abord seul, puis associé à l'iodure

de potassium à dose progressive jusqu'à 4 grammes. Les céphalées d'abord, puis tous les signes de l'affection rénale ayant disparu, M. Hayem considère comme probable qu'il s'agissait d'une néphrite syphilitique, caractérisée par une albuminurie paroxystique et des hématuries. Mais l'hémoglobinurie observée par M. Millard chez cette malade, du 26 décembre au 2 janvier dernier, n'a plus été revue chez elle.

Les caractères de l'accès d'hémoglobinurie sont les suivants :

Celui-ci ne dure qu'un temps très court, quelques heures au plus; lorsqu'on recueille les urines à chaque miction, on voit qu'elles deviennent de plus en plus foncées jusqu'à ce qu'elles acquièrent la teinte du café, puis elles s'éclaircissent progressivement. Pendant tout le temps de l'accès, elles restent translucides.

Au spectroscope, on trouve au moment de l'émission, outre les deux bandes de l'oxyhémoglobine, une bande dans la région du rouge, due à la transformation partielle de l'hémoglobine en méthémoglobine. Ce caractère coïncide avec l'absence de globules rouges dans l'urine.

Les urines hématuriques sont plus rouges et toujours troubles. Au spectroscope, elles laissent voir uniquement les deux bandes d'oxyhémoglobine et on y constate des globules rouges. Mais des urines hématuriques acides, altérables, deviennent plus transparentes et peuvent présenter, au bout d'un certain temps, une bande dans le rouge; les globules rouges peuvent s'y dissoudre et leurs stromas entraînés avec le dépôt deviennent plus difficiles à reconnaître.

On évitera toute erreur en filtrant l'urine, en la décantant doucement et en traitant une gouttelette du dépôt recueilli par une petite quantité d'eau iodo-iodurée.

Les douleurs lombaires localisées ne se voient qu'exceptionnellement chez les hémoglobinuriques, et on ne trouve pas chez eux d'hémoglobine en dehors des accès que l'on peut toujours provoquer à volonté par l'impression du froid.

Le sérum de la malade, examiné à plusieurs reprises, a toujours été coloré en rouge cerise et l'est encore aujourd'hui après la guérison; comme elle n'a pas eu d'hémoglobinurie, que devient l'opinion de ceux qui prétendent que la coloration laquée du sérum marche toujours de pair avec l'hémoglobinurie?

M. Hayem a vu que le sang de cette malade, placé dans un vase, est d'abord normal, puis il prend peu à peu la teinte hémoglobinique par suite de la dissolution lente d'un certain nombre d'hématies. L'étude du sérum laqué reste encore peu connue; M. Hayem en a observé plusieurs cas, notamment chez un malade atteint de néphrite subaiguë avec albuminurie et chez un cardiaque avec forte congestion du foie.

En résumé, M. Hayem incline à penser que la syphilis rénale peut provoquer tantôt l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, tantôt une albuminurie paroxystique avec hématuries, le froid et la fatigue jouant toujours le rôle de causes provocatrices par suite d'une grande impressionnabilité du système vaso-moteur des malades.

M. Millard ne se déclare pas convaincu de l'existence de la syphilis chez cette malade, qui d'ailleurs exagère beaucoup ses souffrances et simule même peut-être la céphalée.

— M. Troisier présente le cœur d'un malade, vieux syphilitique, alcoolique et tabagique, qui a succombé après de nombreux accès d'angine de poitrine. L'autopsie a montré : 1° une aortite (épaississement de l'aorte et plaques hyalines saillantes), sclérose péri-vasculaire; 2° coronarite prédominante sur la coronaire gauche, en partie calcifiée et très rétrécie.

— M. Huchard ajoute une nouvelle observation d'angine de poitrine avec autopsie (sclérose cardiaque, dilatation de la coronaire droite et rétrécissement de la gauche) aux 110 observations avec autopsies qu'il a recueillies depuis le mémoire d'Heberdeen. La malade avait des accès pseudo-gastralgiques, qui avaient fait diagnostiquer en ville un ulcère de l'estomac. Mais les signes d'aortite et le retentissement diastolique de l'aorte en coup de marteau permettaient le diagnostic. M. Huchard répète une fois de plus que l'on doit se préoccuper beaucoup moins dans ces cas de la douleur que de l'hypertension artérielle, que la digitale et l'antipyrine essayés dans ce cas avaient

aggravé les accidents, et que les médicaments indiqués sont les iodures prolongés longtemps, la trinitrine, le nitrite d'amyle.

M. Barié cite un cas de cardiopathie avec artério-sclérose généralisée où l'artère coronaire postérieure, qui était dilatée à son origine, se rétrécissait après 1 centimètre de trajet au point de ne plus admettre un crin de cheval.

— M. Huchard présente une femme de 36 ans chez laquelle existe une ectocardie congénitale. On peut saisir avec la main le cœur qui bat au creux épigastrique et dont on voit se contracter successivement les oreillettes et les ventricules, mais dont les battements sont mieux perçus au-dessus du cœur qu'à son niveau. Il y a eu un arrêt de développement du sternum et des muscles de l'abdomen. Cette femme est accouchée quatre fois; son cœur est devenu plus saillant depuis le dernier accouchement. Une hernie volumineuse et qui tend à s'augmenter se voit au-dessous du cœur. Un appareil contentif de la hernie et protecteur du cœur est indiqué. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de l'anémie cérébrale.

1° Après le repas, prendre une cuillerée de sirop d'iodure de fer, dans une eau faiblement minéralisée.

2° Le soir, en se mettant au lit, prendre une grande cuillerée de la solution suivante: Bromure de potassium, bromure de sodium, bromure d'ammonium ââ 10 grammes, eau distillée 350 grammes.

3° Prendre chaque semaine deux bains sulfureux, et, si la saison le permet, une douche froide suivie d'une douche chaude sur les pieds. — N. G.

COURRIER

Congrès pour l'étude de la tuberculose. — *Programme des séances : Communications annoncées.* (Suite et fin.)

Valude : Essai sur la tuberculisation des voies lacrymales.
— Tuberculose des glandes salivaires.
Richelot (L. G) : Ce qu'on peut faire d'un tuberculeux. Opérations et récidives successives chez un tuberculeux.
Quénu : Cas d'ulcération tuberculeuse de la pituitaire.
— Sur le traitement des lésions tuberculeuses de l'oreille.
Quinquaud : Sur la glycogenèse chez les tuberculeux.
— Sur la mensuration du volume des poumons chez les tuberculeux.
Leloir : Sur certaines formes de lupus anormaux.
Cornil et Dobrolensky : Sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses.
Cornil et Toupet : Sur une pseudo-tuberculose observée chez l'antilope.
Toupet : De la pseudo-tuberculose chez l'homme et chez les animaux.
Duret (H.) : Sur la caséo-tuberculose des ganglions et son traitement.
Jeannel : Sur la généralisation de la tuberculose expérimentale.
Hallopeau et Wickham : Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux.
Grissonnanche : Moyen d'empêcher la tuberculose bovine et de son diagnostic précoce chez les bovidés.
Torkomian (V.) : Conséquences d'une inoculation par piqûre anatomique du virus tuberculeux.
Brissaud : Sur la méningite tuberculeuse.
Brissaud et Gilbert : Sur la tuberculose de l'épiderme.
Le Dentu : Sur la tuberculose des os de la face.

Ricochon : Les familles des tuberculeux. Différents états pathologiques qu'elles présentent communément.
Straus et R. Wurtz : Sur la tuberculose par injection de matières tuberculeuses.
— De l'action du suc gastrique sur divers microbes pathogènes et en particulier sur le bacille de Koch.
Babès (prof. V.) : Les associations bactériennes du bacille de la tuberculose.
Cauchois : Sur les lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.
— Sur l'évolution des tuberculoses locales.
Luton : Emploi des sels de cuivre dans la tuberculose.
Roussel : Agents destructeurs du bacille de Koch et spécialement de l'eucalyptol injectable.
Hureau de Villeneuve : De l'alimentation par la viande crue dans la phthisie pulmonaire.
Redard (Dr P.) : De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied chez l'enfant.
Routier (Dr) : Rapports entre la tuberculose et les actes chirurgicaux.
Jorissenne (Dr Gustave) et Chauvin (G.) : Guérison des hémoptysies par l'iodoforme.
— L'iodoforme et la tuberculose à la période initiale.
Frémy (Dr H.) : Sur la valeur des établissements fermés tels qu'ils sont institués en Allemagne, dans la thérapeutique de la phthisie pulmonaire chronique.
Sandras (Dr L.) : Antisepsie des voies respiratoires.
Schoull (Dr E.) : Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide borique à haute dose.
Valenzuela (Dr) : Traitement de la phthisie pulmonaire par la respiration suboxygénée.
Brémont (Dr) : Traitement des affections respiratoires par les inhalations térébenthinées.
Vergas : Résultats des opérations chirurgicales chez les tuberculeux en Espagne.

— Aux termes du décret du 6 avril 1888, MM. les officiers de santé et étudiants en médecine possédant 12 inscriptions valables pour le doctorat, sont candidats, de droit, à l'emploi de médecin auxiliaire dans l'armée. Cet emploi ne peut leur être conféré qu'à la suite d'un examen d'aptitude dont le programme a été fixé par un règlement du 6 avril 1888. Dans le but de faciliter cet examen aux intéressés, M. le docteur Munier, médecin-major, vient de faire paraître un manuel du médecin auxiliaire, répondant aux questions du programme et renfermant tous les documents qui s'y rattachent. Cet examen est exactement le même que celui qui est imposé aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de 1re classe pour être nommés au grade de médecin ou pharmacien aide-major dans la réserve ou la territoriale.

Le manuel du médecin auxiliaire peut donc également rendre de grands services à cette catégorie de candidats.

Le manuel du médecin auxiliaire se trouve à l'imprimerie Picarde, 71, rue du Lycée, Amiens. — Prix (franco) : 1 fr. 50.

Cours libre de gynécologie. — M. le docteur Doléris commencera, le lundi 23 juillet, une série de leçons sur les déviations utérines et leur traitement.

Les leçons auront lieu les lundi et vendredi de chaque semaine à quatre heures, 12, rue de Navarre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Lithiase rénale (1).

Leçon recueillie par M. Œttinger, interne du service (année 1884).

Voici d'ailleurs plusieurs observations dans lesquelles une suppuration prolongée du bassinet a donné lieu à des accidents assez semblables, à savoir : amaigrissement progressif, diarrhée, fièvre, etc., et à la mort après un temps relativement long. Dans le premier de ces faits, l'uretère droit était obstrué et le rein correspondant diminué de volume, tandis que celui du côté opposé était hypertrophié. Dans ceux qui suivent, il s'agit de calculs siégeant dans les uretères, dans les calices ou les bassinets, et de suppuration de ces parties avec ou sans suppuration des reins.

Une malade, âgée de 21 ans, blanchisseuse, a été observée par nous à l'hôpital Saint-Antoine en 1873. Trois ans auparavant, sans avoir jamais présenté d'accidents morbides, elle remarqua que ses urines étaient fétides et contenaient beaucoup de pus; de temps à autre, elle eut quelques coliques néphrétiques, mais toujours très peu accusées. Elle entra à l'hôpital dans le courant du mois d'octobre pour une diarrhée extrêmement abondante; cette femme, amaigrie, cachectisée, ne tarda pas à succomber après avoir présenté tous les symptômes qu'on aurait pu appeler de la phthisie rénale; dans les derniers temps de sa vie, elle présenta une phlegmatia du côté droit, du muguet. A l'autopsie, on constata une hydronéphrose considérable du rein droit avec suppuration du bassinet, dilatation énorme de l'uretère, dans lequel se trouvait englobé un calcul; dans le rein lui-même, dans les poches formées par la dilatation des calices se trouvaient deux calculs assez volumineux. Le rein lui-même était très atrophié, sa capsule très adhérente et difficile à détacher, tandis que le rein du côté opposé était hypertrophié. Oblitération des deux veines iliaques; du côté droit, le caillot remonte dans la veine cave dans une certaine étendue.

Un homme de 29 ans, observé dans le service de M. Gendrin pendant mon internat, succomba après avoir présenté pendant longtemps des urines purulentes, et une cachexie assez particulière; la palpation des reins avait permis de constater qu'ils étaient notablement augmentés de volume. A l'autopsie, on constata que ces deux reins étaient hypertrophiés, mais qu'un seul, le droit, était malade; il était formé par une multitude de kystes purulents, contenant des calculs dont les prolongements venaient du bassinet.

Une femme âgée de 62 ans, femme de ménage, succomba, à l'hôpital Saint-Antoine,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 5 juin et 21 juillet 1888.

à une néphrite et pyélite calculeuses; le fait intéressant à noter dans ce cas particulier est la coexistence de calculs hépatiques et d'une ulcération de l'estomac rappelant l'ulcère simple. Y avait-il là une relation entre l'affection rénale, produisant l'urémie, et la lésion stomacale?

Ch...; femme âgée de 78 ans, ménagère, entrée le 2 mars 1882 à la Pitié.

Antécédents de rhumatisme chronique dans sa famille, chez sa mère particulièrement. Elle n'accuse pas de maladies antérieures, si ce n'est quelques douleurs articulaires.

Depuis un mois, elle se plaint d'une grande faiblesse et, depuis lors, elle a cessé son travail; à son entrée, on constate tous les signes d'une cystite suppurée, envies fréquentes d'uriner, etc.; les urines sont ammoniacales, contiennent beaucoup de pus; œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au milieu de la jambe.

L'état reste le même pendant le mois de mars; dans les premiers jours d'avril, les urines, jusque-là en quantité moyenne, un litre environ, diminuent de quantité, tout en conservant leurs caractères; la langue se sèche, se desquame; la température baisse à 35°, 35°6.

Vers la fin du mois, il se forme une large eschare au sacrum, et la malade finit par succomber dans le même état : abaissement de la température; langue sèche; urines rares et purulentes; adynamie profonde.

A l'autopsie, outre des lésions graisseuses du cœur, des artères, un œdème pulmonaire des deux bases très accusé, l'on constate une destruction presque complète du rein droit; celui-ci est représenté par une mince substance d'une épaisseur de 1 millimètre environ; la muqueuse du bassinet est pâle, recouverte de pus; volumineux calcul dans le bassinet; pas d'abcès dans la substance rénale.

Un homme de 45 ans, tailleur, n'ayant pas présenté d'antécédents morbides particuliers, si ce n'est des symptômes bien marqués d'intoxication par l'alcool, entra à l'hôpital de la Pitié en 1882; en 1874, huit ans auparavant, il avait eu pour la première fois des accès de colique néphrétique qui se sont répétés depuis chaque année au printemps; presque à chaque attaque, il expulsait de petits calculs de la grosseur d'un grain de millet, durs, de forme irrégulière, de couleur brique pâle; en dehors des coliques, ce malade a eu, à plusieurs reprises, trois ou quatre fois par an, des hématuries abondantes, durant de quinze à dix-sept jours, hématuries caractérisées par une couleur noirâtre des urines et qui, par leur abondance, le laissaient, après avoir disparu, pâle, anémié, sans force aucune; elles n'ont pas reparu depuis 1881. Depuis cette époque environ, il remarqua qu'il était sujet à une polyurie très accusée, et il consulta alors un médecin, car il se plaignait en même temps de troubles gastriques, vomissements, etc.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, on constata, en effet, une polyurie manifeste, deux litres environ, une albuminurie très accusée; en outre, il se plaignait de troubles vésicaux caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, des douleurs survenant pendant la miction: œdème accusé des deux membres inférieurs (la jambe droite a été amputée pour une tumeur blanche à l'âge de 10 ans); souffle systolique à la base se prolongeant sur le deuxième temps. En outre, il se plaint d'une céphalée presque continue, d'insomnie, et de vomissements fréquents et abondants; la température est cependant normale.

Les jours suivants, l'état reste le même; cependant, malgré le régime lacté, la quantité des urines diminue, et de deux litres et demi tombe à un litre.

Le 2 septembre, légère attaque de colique néphrétique qui ne se reproduit pas.

Les jours suivants, l'état général ne semble pas s'améliorer; la face est pâle, amaigrie, l'œdème des membres inférieurs est toujours accusé; les vomissements persistent avec la même abondance, survenant tous les jours après les repas; légère augmentation de la température dans la soirée, 38° et frissons dans l'après-midi.

Le 23 septembre, les vomissements persistent avec la même abondance, la langue est sèche; la température monte à 38°8 le soir.

Le 24 septembre, nouvelle crise douloureuse prenant son point de départ dans la région rénale gauche; état toujours grave. Temp. 36°5. Le soir, 35°5. Les vomissements persistent. Nouvelle crise douloureuse dans la nuit, à la suite de laquelle il succombe.

A l'autopsie, à part des lésions athéromateuses de l'aorte, quelques lésions viscérales relevant de l'alcoolisme, on constate, du côté des reins, une suppuration de la capsule graisseuse du rein gauche, une dilatation du bassinet et des calices produite par une obstruction de l'uretère due à un calcul du volume d'un haricot; en outre, lésions suppuratives dans le bassinet; les papilles sont affaissées et l'on trouve à leur niveau des excavations remplies de pus et d'une matière noirâtre analogue à de la suie. Le rein droit ne présente aucune suppuration; il est dur, ses papilles sont affaissées et l'on trouve sur le parenchyme un petit kyste de la grosseur d'une pomme d'api.

La suppuration du tissu ambiant est une chose relativement commune, et chacun sait que la plupart des cas de phlegmons périnéphrétiques se rattachent à l'existence de calculs rénaux; mais ces accidents sont loin d'être toujours semblables et leur pathogénie n'est pas toujours facile à comprendre. Je me rappelle avoir soigné un individu qui, huit jours après une simple colique néphrétique, se trouva présenter un phlegmon du tissu cellulaire périrénal; une incision que je pratiquai dans la région lombaire donna issue à une quantité de pus assez notable; quelques jours après, il était guéri et, depuis, il n'a présenté aucun désordre; il n'a jamais eu de pus dans ses urines; son rein n'a donc jamais suppuré. L'explication de la suppuration n'est pas facile à donner en pareil cas. Le plus habituellement, cependant, la pathogénie du phlegmon est bien simple; c'est une perforation du bassinet malade qui laisse écouler pus et urine dans le tissu cellulaire voisin; ou ce sont le bassinet, les calices ou le rein lui-même qui, suppurés, propagent directement la suppuration aux tissus voisins. C'est ce qui est arrivé chez notre malade du n° 31 de la salle Lorain.

Cette femme, âgée de 51 ans, marchande de journaux, n'avait jamais été malade avant 1875; c'est à cette époque qu'elle ressentit, à la suite d'un refroidissement, un point de côté à droite, avec fièvre et dyspnée; elle garda le lit pendant trois semaines; en avril 1883, elle se trouvait dans les conditions hygiéniques les plus défectueuses; sans ressources, elle couchait sur un matelas, dans une petite boutique basse et humide; c'est à cette époque qu'elle ressentit de nouveau de vives douleurs dans la région lombaire droite, avec irradiation dans le flanc et l'aine du même côté. En même temps, elle toussait beaucoup, expectorait abondamment; ces symptômes s'amendèrent peu à peu; quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit de nouvelles douleurs dans la région lombaire, se plaignit à ce moment de frissons, de fièvre. Nous la recevions à l'hôpital le 3 avril 1884. A son entrée, nous constatâmes qu'il s'agissait vraisemblablement d'une pleurésie, avec peu d'épanchement, et qui se manifestait par une matité assez étendue à la base du poumon droit, par une douleur vive à ce niveau, par une fièvre assez élevée; cette pleurésie semblait venir compliquer une bronchite ancienne, car on trouvait dans les deux poumons, particulièrement à droite, de nombreux râles sibilants et sous-crépitants; l'expectoration était abondante, constituée par des crachats pelotonnés et contenant une grande quantité de pus.

Quelques jours plus tard, il se formait, dans la région lombaire, une tuméfaction rouge, douloureuse; examinant alors de nouveau notre malade, nous constatâmes que cette tumeur semblait plus particulièrement occuper la région périrénale, quoique la palpation abdominale ne permît pas de sentir bien nettement un empâtement de la partie antérieure de cette région. Nous discutâmes alors le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, de pleurésie suppurée avec migration de l'empyème, et comme les jours suivants, la tumeur devenait plus saillante, nous l'incisâmes; il sortit environ 500 grammes d'un pus jaunâtre, d'odeur infecte, et l'examen du trajet nous confirma entièrement dans l'hypothèse d'un phlegmon périnéphrétique, quoique rien dans l'histoire de la malade n'attirât notre attention sur le rein. Les événements devaient bientôt nous donner raison; le 1er mai, la malade succomba à un érysipèle développé au pourtour de l'incision.

L'autopsie nous révéla les particularités suivantes : le rein droit était entièrement confondu avec le tissu graisseux ambiant, ne formant plus qu'une masse difficile à dissocier et dont toute la partie postérieure était détruite par la suppuration; le rein se reconnaissait encore sous forme d'une masse noirâtre très atrophiée; le bassinet était rempli par des calculs de formes diverses, la plupart branchus, qui présentaient des prolongements dans les calices; quant à l'uretère, il était épaissi, adhérent aux tissus de voisinage et contenait du pus. Le rein gauche était entièrement sain.

Quant à la plèvre, elle contenait deux verres environ d'un liquide purulent, et elle était revêtue par des fausses membranes fibrineuses, de date récente; le poumon présentait, particulièrement du côté droit, des lésions de bronchite chronique, avec épaississement de la muqueuse des grosses bronches et dilatation légère de celles-ci.

Il s'agissait ici de calculs rénaux, restés latents pendant de longues années et qui avaient, sous une influence mal connue, déterminé la suppuration du tissu voisin qui, depuis longtemps, était induré, épaissi, confondu avec le rein; en outre, cette suppuration avait produit également une suppuration de la plèvre voisine.

Après avoir gagné le diaphragme, le phlegmon peut ne pas déterminer une pleurésie suppurée, comme nous venons de le voir chez notre malade, mais il peut s'ouvrir directement dans les bronches ou, dans d'autres circonstances, dans la cavité péritonéale ; cette terminaison est rare, car le plus souvent la séreuse abdominale s'épaissit peu à peu et résiste ; quelquefois aussi, on voit évoluer une péritonite suppurée par simple contact du phlegmon périnéphrétique.

Enfin, ces suppurations ne sont pas toujours de nature identique; tantôt il s'agit d'un pus sanieux, infect, possédant, semble-t-il, des propriétés plus nocives que dans d'autres cas où il est bien lié, sans odeur très appréciable ; les qualités de l'urine, sa fermentation, ne sont pas sans avoir une certaine importance sur la nature du pus.

Le diagnostic des calculs rénaux est assez difficile; à la période de début, les symptômes sont assez vagues : ce sont des douleurs qui se localisent dans le flanc, douleurs persistantes, se réveillant par la marche, par l'exercice ; si l'on tient compte alors des crises de coliques néphrétiques qui ont pu précéder; si le malade a eu des hématuries, on pourra, par ces précieux renseignements, être mis sur la voie du diagnostic; il faudra en outre étudier avec soin les urines et leurs caractères. Elles peuvent être, comme nous l'avons vu, presque limpides, contenir quelques graviers, des globules de pus, de sang ; elles peuvent être dans certains cas augmentées ou diminuées de quantité; elles peuvent être encore presque entièrement supprimées. Cette anurie, qui est assez fréquente dans la colique néphrétique, peut accompagner également la présence de calculs rénaux ; ou bien il y a un obstacle dans les deux reins, une pierre dans les bassinets, ou bien un seul rein est malade et la sécrétion de l'autre, par action purement réflexe, est entièrement supprimée.

Indépendamment de ces symptômes, il peut encore survenir des vomissements, dont il faut savoir reconnaître la nature; ou bien, les matières rendues sont constituées par un liquide aqueux, verdâtre, peu ou pas coloré, analogue à du bouillon gras malpropre, ou bien au contraire ce ne sont que des matières alimentaires, sans caractère important ; dans un cas, ce sont des vomissements urémiques liés à une insuffisance de la sécrétion urinaire ; dans l'autre cas, ce sont des vomissements d'ordre réflexe ; une

piqûre de morphine alors suffira pour les arrêter, tandis que les premiers sont justifiables de purgatifs répétés.

Enfin, le palper abdominal permettra, s'il est bien pratiqué, de reconnaître des faits importants ; comme vous me l'avez vu faire souvent, il faut que le malade soit couché, les cuisses fléchies sur le bassin, pour relâcher les muscles abdominaux et l'on peut alors, avec une main placée au-devant de l'abdomen, une seconde appliquée dans la région lombaire, reconnaître s'il existe une augmentation du volume du rein, une tumeur, une tuméfaction.

Si l'on tient compte de tous ces symptômes, on pourra alors arriver à limiter autant que possible le diagnostic et à poser un diagnostic certain ; aujourd'hui que la chirurgie se propose d'extirper les reins malades, il importe de préciser toutes les inconnues du problème. Malheureusement, souvent plusieurs de ces données font défaut et le diagnostic peut être fort embarrassé. Vous avez pu voir combien au début, chez la femme qui fait le sujet de notre observation, nous étions loin de songer à la possibilité d'une affection rénale ; c'est seulement lorsqu'apparut le phlegmon périnéphétique que nous supposâmes qu'il s'agissait d'accidents liés à la lithiase urinaire.

On peut comprendre combien dans certains cas le pronostic est sérieux ; la suppuration du rein, du tissu cellulaire voisin sont, avec tout le cortège des accidents qui l'accompagnent, la complication la plus redoutable de la lithiase rénale ; le pronostic est plus grave encore, il est presque fatal, si la vessie elle-même suppure, et si le rein resté sain jusque-là suppure à son tour ; on voit presque toujours survenir des accidents d'insuffisance urinaire.

Cependant, tous ces cas ne sont pas mortels, et je pourrais vous citer un exemple de guérison assez remarquable : il y a cinq ou six ans j'ai soigné une femme qui présentait des accidents dus certainement à l'existence de calculs rénaux; ses urines étaient purulentes ; le rein gauche lui-même notablement augmenté de volume ; elle était pâle, très amaigrie et sujette à de fréquents accès de fièvre revenant presque quotidiennement. Après cinq ou six mois de traitement, dont la base avait été le régime lacté et l'acide benzoïque à l'intérieur, la suppuration se tarit, le rein diminua de volume, les forces revinrent, l'état général s'améliora.

Que s'était-il passé ? Je crois que le rein malade s'était presque entièrement détruit, puis cicatrisé, tandis que le rein sain avait dû s'hypertrophier pour suppléer à l'absence de fonctionnement de son congénère ; ce doit être là le mode le plus habituel de guérison en pareil cas.

En présence d'une lithiase rénale comme de toute autre maladie, ce qu'il faut faire est de chercher l'indication. Or, deux indications principales se posent tout naturellement : éviter la formation des calculs ; traiter ceux-ci lorsqu'ils sont formés. A la première de ces indications s'adressent deux ordres d'agents : les uns, comme les eaux de Vichy et celles qui contiennent du carbonate de lithine, ont la propriété de dissoudre le sable urique et de combattre la gravelle ; les autres, qui ont pour but de faire émigrer les graviers, sont des agents diurétiques, et parmi eux nous placerons en première ligne le lait cru exclusivement administré pendant un temps long, et les eaux de Contréxeville, etc. A ces moyens, on ajoute avantageusement l'usage des bains froids, des frictions sur la peau, un exercice modéré, l'usage des légumes verts, des fruits, etc.

Quand le calcul existe, qu'il y a en même temps une pyélite et même une suppuration rénale, l'acide benzoïque à l'intérieur, le santal, modifieront souvent d'une façon heureuse l'état des voies urinaires ; il faudra aussi soutenir les forces du malade lorsque surviendront des accès fébriles. Enfin, si ces moyens, même prolongés pendant longtemps, deviennent insuffisants, la question de la néphrectomie devra se poser à l'esprit du médecin; les observations de ce genre sont cependant encore trop peu nombreuses, du moins en France, pour que la question puisse être résolue; lors même que l'uretère est malade, que la vessie suppure, il ne faut pas oublier, que dans bien des cas, cette opération peut être la ressource ultime pour tirer le malade d'une mort certaine.

Sur l'origine équine du tétanos

Par le docteur J. Gailhard.

En même temps qu'elle voit chaque jour s'étendre le domaine à étudier des microbes pathogènes, la science nosologique actuelle nous montre se multipliant aussi les sources de transmission des maladies de l'animal, et particulièrement de l'animal domestique à l'homme (bœuf, cheval, mouton, porc, chien... vaccine, morve, farcin, charbon, trichinose, tœnia, hydatides...).

Au cheval, qui nous avait donné déjà la vaccine(?) la morve, le farcin, des révélations bien inattendues tendent, depuis quelque temps, à rapporter l'origine du tétanos ; cette névrose serait de nature parasitaire (Socin, de Genève), et déjà quelques faits établiraient sa contagiosité. L'origine équine du tétanos a trouvé crédit, à l'Académie de médecine, auprès de M. Verneuil, et tout récemment encore, dans la même enceinte, M. Berger a fait une communication favorable à cette opinion. C'est celle ci que j'ai en vue dans cette simple note.

Si réservé, en effet, que l'on doive se montrer, en présence des acquisitions dues aux recherches modernes, dans la négation *a priori* de ces provenances étranges que ne récusent pas nos maîtres eux-mêmes, j'estime qu'il est du devoir de tout médecin consciencieux et attentif d'apporter, comme contribution au contrôle de ces origines, les faits observés qu'il peut juger contraires à leur acceptation.

Ma position de médecin de la marine m'a permis d'avoir affaire au tétanos dans un milieu et en des circonstances où toute intervention du cheval ou quoi que ce soit qui s'y rapporte m'a semblé inadmissible. Si je n'ose nier quelque relation possible entre le cheval et cette maladie, ne puis-je affirmer, d'après les faits que je vais exposer, que le tétanos peut naître, évoluer, disparaître en dehors de toute participation saisissable de cet animal ou de quoi que ce soit qui s'y rattache ou en dépende, homme ou objet quelconque?

Le cuirassé *la Triomphante* part de Brest, en octobre 1880, pour la station du Pacifique; il relâche à Ténérife, à Rio-Janeiro, à Montevideo, à Punta-Arenas, à Lota, à Valparaiso, à Paracas, à Ancon, au Callas; il venait, le 5 avril 1881, de quitter cette dernière rade lorsque, en pleine mer, le 9, à 200 lieues de la côte péruvienne, sur la route des Marquises et de Tahiti, un accident survenu à un ouvrier mécanicien nécessita, séance tenante, la désarticulation du poignet. Tout marchait à souhait, le blessé

pouvait être considéré comme guéri, mangeant, buvant, se promenant, s'entretenant, résigné, avec ses camarades, lorsque, seize jours après, le 25 avril, sans aucune imprudence, — soit dit en passant, sans *refroidissement* non plus, — il est pris d'un trismus léger d'abord, mais qui ouvre bientôt la scène affreuse, à épisodes émouvants, d'un tétanos arrivé à peine, et d'une façon bien inespérée, à guérison, quand nous mouillâmes à Papeete, le 10 juin.

La Triomphante était un bâtiment neuf, armé pour sa première campagne, sortant pour la première fois du port, n'ayant jamais embarqué ni cheval, ni cavalier, ni article quelconque de cavalerie. Aux diverses relâches, la plupart de très courte durée, au cours desquelles les commucations avec la terre furent restreintes aux seuls officiers et à quelques marins en service, comment surprendre quelque influence possible de nature équine? Le blessé, depuis le départ de France, n'était pas sorti un seul instant du navire, et celui-ci, par suite de son tirant d'eau même, était toujours resté mouillé à longue distance de terre; donc, ni pour l'un, ni pour l'autre aucun rapport saisissable avec quoi que ce soit d'équin. Ne serait-ce pas forcer d'une excessive façon l'hypothèse que de supposer que des bœufs vivants, embarqués sur notre route pour notre alimentation, aient pu être des intermédiaires, des véhicules indirects en quelque sorte de l'influence du cheval, avec lequel ils *auraient pu être* en contact aux points divers d'embarquement?

J'ajouterai que la Polynésie est signalée depuis longtemps comme un terrain où volontiers germe le tétanos; les indigènes en sont assez souvent atteints; en ses diverses îles, les étrangers y semblent plus prédisposés à le contracter que sur le sol natal; à Tahiti, consécutivement à de légers traumatismes, deux militaires venaient d'en être atteints et y avaient succombé quelque temps avant notre passage; et je ne sache pas que cette maladie n'y ait fait son apparition que depuis l'époque assez récente où le cheval y a été importé.

Je ne doute pas, au contraire, qu'on l'ait observé et qu'on ait l'occasion de l'observer encore en des îles, polynésiennes ou autres, où n'a jamais encore pénétré ni le cheval ni rien de ce qui s'y rapporte. Je sais qu'on en a vu des cas, en ces conditions, aux îles du Salut, par exemple, à la Guyane.

Une autre de ces genèses pathologiques curieuses, l'essence bovine de la scarlatine, maladie que la vache transmettrait aux laitiers (Power, Laure, *Union médicale*, 20 juillet 1886), recevra-t-elle quelque appui ou subira-t-elle quelque contestation? Je n'ai, à cet égard, à fournir personnellement aucun fait pour ou contre, mais incidemment je viens dire que, dès la fin de 1885, au cours d'une épidémie longue et sévère qui a sévi à l'établissement de La Chaussade et dans ses environs (Nièvre), j'avais relevé, moi aussi, non sans étonnement, la coïncidence, aux mêmes moments, dans les mêmes lieux restreints, s'étendant dans la même direction que les premiers cas de la fièvre exanthématique (rubéole scarlatineuse accompagnée de diphtérie), la coïncidence de cette *mortalité dépeuplant les poulaillers*, qu'ont signalée MM. Bouchard, Verneuil et d'autres observateurs, en relation *avec l'éclosion simultanée de la diphtérie* (*Union médicale,* 21 août 1886). La nature et les termes de cette relation restent à déterminer aussi.

— Nous remercions M. le docteur J. Gailhard d'avoir bien voulu nous adresser le résultat de ses observations personnelles sur une question à

l'ordre du jour et d'un intérêt considérable. Toute opinion, pour ou contre la doctrine aujourd'hui en litige, si elle est appuyée sur des arguments sérieux, vaut la peine d'être écoutée. En ce qui concerne la *nature infectieuse* et la *contagiosité* du tétanos, j'ai malheureusement par devers moi des faits d'une triste éloquence, qui ne peuvent laisser place à aucun doute et que je ferai bientôt connaître. — L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique d'antisepsie appliquée a la thérapeutique et a l'hygiène. — Premier volume : *Antisepsie médicale*, par M. le docteur Paul Le Gendre. — Paris, G. Steinheil, 1888.

Les documents publiés sur l'antisepsie sont tellement nombreux actuellement, les modifications apportées à la thérapeutique au nom de l'antisepsie sont si étendues qu'il est difficile pour ceux qui ne peuvent tout lire, et ils forment la grande majorité, d'être au courant de la question. Tout lire étant impossible, et tout savoir étant nécessaire, il fallait qu'une personne parfaitement instruite des progrès de la méthode antiseptique, capable de faire la distinction entre les différentes qualités des travaux publiés, possédant par conséquent une instruction théorique et pratique suffisante, prît la peine de recueillir, de classer et de résumer l'immense quantité de documents relatifs à l'antisepsie que tant d'expérimentateurs ont éparpillés dans ces dernières années dans les publications périodiques des Deux Mondes.

La tâche n'était pas facile. Nul n'était plus en mesure de la remplir que M. le docteur Le Gendre, ancien interne de M. le professeur Bouchard, rédacteur attitré des leçons de ce maître qui a tant et si bien contribué aux progrès de l'antisepsie médicale, et l'un des chefs de clinique du professeur Grancher, champion résolu, lui aussi, des idées pastoriennes.

Non seulement l'auteur a recueilli, résumé et critiqué les travaux les plus importants sur cette nouvelle méthode thérapeutique, mais il a revêtu son compendium d'une forme qui lui est propre, et qui en rend la lecture facile et utile, j'ajouterai même agréable. Il ne suffisait pas, en effet, de mentionner les documents à la suite les uns des autres, ni de se contenter d'en faire une simple énumération, toujours fastidieuse; il fallait encore encourager le lecteur à parcourir d'abord, à étudier et à retenir ensuite ces idées, pour la plupart nouvelles, qui touchent à l'antisepsie, et avec lesquelles la grande majorité des praticiens sont loin d'être familiarisés. M. Le Gendre a atteint ce but, et nous ne saurions trop l'en féliciter.

L'ouvrage de M. Le Gendre s'ouvre par des *Notions préliminaires sur les microbes et leur rôle dans la production des maladies;* puis vient l'exposé des principes généraux qui doivent guider les expérimentateurs dans l'étude de la *valeur comparative des antiseptiques* et les cliniciens dans leur emploi.

La deuxième partie est consacrée à l'énumération de tous les corps auxquels on a accordé avec plus ou moins de raison des propriétés antiseptiques; pour chacun d'eux, l'auteur a spécifié leurs principaux caractères physiques et chimiques, leur solubilité, les doses auxquelles on peut les employer. C'est, à proprement parler, l'*arsenal antiseptique*.

Enfin, dans une série de chapitres, l'auteur examine, appareil par appareil, quelles sont les maladies justiciables de la thérapeutique antiseptique : ces chapitres sont intitulés : *Antisepsie du tégument externe, de la bouche et du pharynx*, des *cavités nasales* et de l'*appareil respiratoire*, du *tube digestif*, des *séreuses*, du *milieu intérieur* ou *antisepsie générale*. — L'ouvrage est complété par un deuxième volume qui vient de paraître, et dans lequel l'antisepsie chirurgicale et obstétricale est traitée par MM. les docteurs Barette et Lepage.

Lorsque les médecins auront lu le *Traité d'antisepsie médicale* de M. Le Gendre, le seul

livre de ce genre qui existe jusqu'ici, ils voudront le relire, et lorsqu'ils seront bien convaincus de la nécessité d'appliquer la méthode antiseptique à leurs malades, ils trouveront dans ce livre de nombreuses formules qui leur permettront de prescrire d'une manière nouvelle divers médicaments qu'ils connaissaient déjà, ou d'autres qu'ils connaissaient à peine de nom. Nul doute qu'ils ne joignent ensuite leurs éloges à ceux que nous adressons à l'auteur. — L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la nature infectieuse du tétanos traumatique, par S.-O. Shakespeare. (*Archives roumaines*, 1888, 5.) — Le tétanos traumatique du cheval et du mulet est au moins quelquefois, sinon toujours, une affection infectieuse transmissible aux animaux et très probablement à l'homme. Pendant l'évolution de l'affection, un virus se développe et se multiplie, lequel virus, injecté dans la dure-mère crânienne d'un autre animal, produit la même affection infectieuse.

Ce virus se trouve dans le bulbe et la moelle épinière de l'animal porteur de l'affection. Analogue au virus rabique, sa virulence peut être augmentée par l'inoculation sous-duremèrienne en série ; comme le virus rabique, il est susceptible d'atténuation par la dessiccation à l'air, à une chaleur modérée, et, comme le virus rabique aussi, ses effets sont plus intenses lorsqu'il est inoculé sous la dure-mère crânienne que lorsqu'il est inoculé dans la peau ou dans les muscles du dos.

L'auteur réserve ses conclusions relativement à la prophylaxie des inoculations de virus atténué. — P. C.

De l'action de l'eau minérale sulfatée et chlorurée sodique sur quelques facteurs des échanges organiques, par les docteurs London et Jean de Bœck. (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1888, 7.) — Les auteurs ne peuvent poser des conclusions positives sur l'action de l'azote et sur l'oxydation de l'albumine dans l'organisme ; mais, en cherchant à tirer de leurs observations des règles générales sur la diurèse et l'action de l'eau minérale de Carlsbad sur le canal intestinal, ils arrivent aux résultats suivants :

La sécrétion urinaire est augmentée, dans tous les cas, à la suite de l'administration d'eau minérale, mais il existe de grandes différences selon les individus.

Il ne faut pas se borner, dans le traitement d'un malade par les eaux minérales, à tenir compte de la quantité absolue d'urine éliminée, mais il faut tenir compte aussi de la rapidité avec laquelle l'eau minérale est absorbée par l'organisme, puis éliminée par les reins.

Dans ces cas où le corps est abondamment traversé par l'eau minérale, la circulation de la lymphe devient plus active, les organes sont lavés plus complètement et, par suite de l'augmentation de la quantité d'urine et de la rapidité avec laquelle s'opère son passage par les voies urinaires, elle peut entraîner avec elle du sable, des graviers, de petits calculs.

En ce qui concerne l'action de l'eau minérale sur le canal intestinal, nous avons pu constater une augmentation des mouvements péristaltiques indolores de l'intestin, qui se manifeste au dehors par une augmentation de la quantité de matières fécales évacuées, devenues plus liquides sans être cependant diarrhéiques. Les eaux de Carlsbad seront supportées pendant longtemps, parce qu'elles n'ont pas d'action purgative énergique. — P. N.

Contribution à l'étude de l'action diurétique du calomel, par P. Terray. — D'après l'auteur, l'augmentation de la quantité de l'urine commence vers le quatrième jour (depuis le troisième jusqu'au septième). Les quantités d'urine sont variables de 1,600 à 6,300 grammes ; la moyenne est généralement de 3,000. La durée de la polyurie s'étend de trois à dix jours, puis la quantité d'urine est graduellement descendante. La diurèse est proportionnelle à l'étendue de l'hydropisie et non pas aux quantités de calomel ingérées. Il recommande trois à quatre doses de 0,15 à 0,20 par jour.

Dès le début de la polyurie, le poids spécifique de l'urine diminue ainsi que la quantité d'albumine qu'elle contenait. Les chlorures augmentent constamment.

Les inconvénients de la médication résident dans la diarrhée et la stomatite qu'elle provoque facilement. La première existe presque toujours dès que la diurèse se produit. L'auteur n'a pas constaté d'action sur le cœur, et si le pouls devenait plus régulier avec la disparition de l'hydropisie, il reprenait ses caractères à mesure que l'œdème reparaissait. Dans 7 cas de néphrite interstitielle et 8 de cirrhose hépatique, l'action diurétique ne se produisit pas. Pas de diurèse chez l'homme sain. (*Archives médicales belges*, 1888.)

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Orteil en marteau. — Ascite chyliforme. — Extirpation du larynx.

M. Terrier lit un rapport sur deux observations d'*orteils en marteau* opérés selon le procédé qu'il a préconisé par MM. Brun et Charles. Il joint à ces cas une observation personnelle nouvelle; il s'agit d'un cas datant de l'enfance et aggravé par des chaussures trop étroites. M. Terrier a pu supprimer l'emploi de l'attelle plantaire, l'opération tend donc à se simplifier. Il y a jusqu'à présent 8 opérations d'orteil en marteau et on compte 8 succès, il faut préférer la résection à l'amputation.

M. Terrillon a fait cinq fois l'opération de M. Terrier; il a obtenu 5 succès. L'opération est excellente et facile à faire.

M. Desprès partage l'opinion de M. Blum et préfère l'amputation à la résection. Tout le monde a vu et opéré des orteils en marteau. Toutes les fois qu'il n'y a pas d'ulcération sur les parties saillantes, on laisse les malades tranquilles ; quand il y a une ulcération il faut faire l'amputation de l'orteil dans la continuité, sectionner la première phalange. L'opération est définitive et donne de beaux succès. M. Desprès oppose à la résection que le résultat éloigné est parfois mauvais, en ce sens qu'il se produit des ulcères de cicatrice, et qu'on est forcé d'enlever ensuite l'orteil. On peut rapprocher l'orteil en marteau du pied creux des interosseux, bien décrit par Duchenne (de Boulogne).

M. Trélat partage l'avis de M. Terrier. Lorsque les malades ont atteint 28, 30 ans, on ne peut plus faire que cette opération. Il insiste sur une période antérieure aux grandes déformations qui n'est pas le pied creux des interosseux, puisque le pied peut être plat. En même temps tous les orteils sont relevés, particulièrement les troisième, quatrième et cinquième. A l'âge adulte, il faut faire l'opération; dans l'enfance, le massage, l'électrisation, un petit appareil à semelle percée de trous dans lesquels passent des rubans, suffisent pour redresser les orteils. Quand on laisse persister la difformité infantile, la peau, la séreuse, l'articulation deviennent malades. M. Trélat ne sait pas si M. Terrier fait bien de supprimer l'attelle plantaire.

M. Schwartz a observé des faits analogues à ceux dont parlent MM. Trélat et Terrier. L'appareil à semelle de Charrière lui a suffi pour guérir un enfant de 5 ans. Il a dû, au contraire, opérer par la résection des personnes de 18 et de 20 ans. Selon le conseil de M. Le Fort, il faut, pour éviter l'incarnation de l'ongle du gros orteil, porter un petit appareil qui relève le deuxième orteil un peu au-dessus du plan du premier et du troisième.

M. Terrier n'a pas eu de jeunes sujets, mais quelquefois le traitement orthopédique ne réussit pas. Dans certaines circonstances la déviation ne s'accentue qu'à l'âge adulte. M. Desprès a vu un cas où on a été forcé d'amputer après avoir réséqué ; il faudrait savoir les détails de l'observation, savoir quel est le chirurgien qui a fait la première

opération. Enfin, beaucoup des personnes que M. Terrier a opérées n'auraient pas accepté l'amputation. Il regrette que les médecins militaires ne réforment pas toujours les jeunes gens atteints de déformations des orteils très accentuées et gênant la marche.

M. Chauvel fait remarquer qu'on réforme toujours les malades quand ils marchent sur l'ongle.

M. Desprès insiste sur ce point que les opérations que l'on a citées tout à l'heure ont été faites non sur des orteils en marteau, mais sur des orteils en chien de fusil.

— M. Terrillon communique un cas d'*ascite chyliforme* observée chez une femme de 29 ans. Le ventre s'était mis à augmenter peu à peu de volume; il y a deux ans ou deux ans et demi, on fit une première ponction, puis une deuxième l'année dernière ; toutes deux donnèrent issu à un liquide chocolat clair.

M. Terrillon, quand il fut appelé à examiner la malade, trouva dans le fond du petit bassin une tuméfaction entourant l'utérus et fit alors une incision exploratrice. Il s'écoula environ 8 litres d'un liquide semblable à du chyle. La densité était de 1021, la couleur café au lait et la réaction acide; il contenait 110 grammes de matières fixes pour 1,000, 76 grammes de matières albuminoïdes, 3 gr. 50 de sels et 21 gr. de matières grasses. Au microscope, c'était une véritable émulsion graisseuse. M. Terrillon ne trouva dans le petit bassin qu'une petite tumeur fibreuse tenant au bord de l'utérus, mais tout le péritoine était rouge, tomenteux et facilement saignant. Le ventre fut refermé et la malade guérit, mais le liquide se reproduisit facilement.

L'ascite chyleuse a donné lieu à un certain nombre de travaux dont les principaux sont ceux de Debove, Weill, etc. Les deux premiers de ces auteurs ont admis qu'il s'agissait de pus altéré, mais cette hypothèse est assez difficile à soutenir. M. Terrillon a eu occasion de voir à la Salpêtrière le liquide d'une vieille péritonite chronique qui avait l'aspect chyliforme, mais il ne renfermait que très peu de graisse. M. Straus a pu constater l'existence d'ouvertures des lymphatiques bien nettes, et, quoique M. Terrillon n'ait pu les constater dans l'observation qui fait le sujet de sa communication, il penche vers cette pathogénie et insiste de plus sur l'altération toute spéciale du péritoine, surtout au niveau des attaches du mésentère. M. Terrillon avait opéré croyant trouver une tumeur végétante.

M. Bouilly insiste sur ce point que les rapports des tumeurs abdominales et de l'ascite sont souvent très obscurs. Dans un cas où il croyait à une tumeur maligne de l'ovaire ayant causé l'épanchement, il trouva un fibrome. Dans un cas aussi, le péritoine était tomenteux et saignant.

M. Quénu regarde aussi l'état du péritoine comme dominant l'ascite. Il présente de petites granulations inflammatoires qui forment une espèce de sable, quel que soit le genre de la tumeur. Ce sont surtout les tumeurs végétantes ou l'effusion du liquide d'un kyste dans la cavité péritonéale qui provoquent l'ascite.

M. Terrier a déjà signalé que, dans certaines éventualités, l'ascite peut résulter d'une péritonite chronique; il l'a rencontrée pour les très petites tumeurs.

M. Lucas-Championnière distingue des faits où l'ascite est fréquente, les tumeurs malignes de l'ovaire, par exemple, et ceux où elle est rare, comme quand il s'agit de tumeurs fibreuses. Il a vu, dans un cas, un développement énorme des vaisseaux lymphatiques.

M. Quénu maintient qu'il y a un assez grand nombre d'observations de tumeurs bénignes avec ascite.

— M. Le Dentu communique un cas d'*extirpation totale du larynx* pour un cancer de cet organe. Il avait dû pratiquer, au début des accidents, une laryngotomie intercrico-thyroïdienne pour des phénomènes asphyxiques. Le malade refusa d'abord l'ablation, puis se décida devant le développement de symptômes de plus en plus graves. Une trachéotomie préliminaire habitua le malade à la canule. L'opération fut parfaitement régulière, mais on dut détacher un fragment de l'œsophage, qui était envahi. Les suites

immédiates furent bonnes, sauf une menace de congestion pulmonaire; mais, au bout d'un mois, apparut une récidive dans le plancher de la bouche, et le malade mourut de cachexie trois mois après l'opération, qui avait été faite trop tard.

M. Le Dentu prend texte de cette observation pour comparer les statistiques récemment publiées sur le cancer du larynx, celles de Hahn et celles de Hache. Il en résulte que la mortalité est double, après l'extirpation du larynx, de celle qui se produit après la trachéotomie; cependant, il ne faut pas condamner l'opération, car les chances de survie sont plus considérables.

— M. Bouilly présente la malade à laquelle il a réséqué le cœcum, et dont il a parlé dans la dernière séance.

— M. Berger présente une malade qui a subi la résection tibio-tarsienne avec succès.

P. C.

COURRIER

Par décret, en date du 9 juillet 1888, la commission générale de l'Association des médecins de la Seine, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette œuvre par le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863 et consistant en une rente annuelle et perpétuelle de 20 francs.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de trois cents francs (300 fr.) que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863.

Les arrérages de cette rente seront consacrés à la fondation d'un prix triennal, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie.

Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, au nom de cette académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de dix mille francs, que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant ses testament et codicille olographe des 10 juin 1863 et 4 février 1869.

Cette somme sera donnée en prix à l'auteur qui aura continué et complété les essais du sieur Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

— M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, est nommé secrétaire du Bureau central météorologique de France.

Empoisonnement a Nexon. — De nombreux symptômes d'empoisonnement se sont produits, ces derniers temps, dans les communes de Saint-Victurnien et la Barre-de-Veyrac (département de la Haute-Vienne). Le même fait vient de se manifester dans une autre commune du même département, celle de Nexon. Une vingtaine de personnes ont été atteintes de coliques. Les médecins appelés ont reconnu qu'ils se trouvaient en présence de cas d'empoisonnement par le plomb. La justice s'est émue et le parquet de Saint-Yrieix s'est livré à une enquête qui a amené les résultats suivants : toutes les personnes atteintes de coliques se servaient chez le même boulanger ; ce boulanger s'approvisionnait de farines chez un des plus importants minotiers du département, domicilié non loin de la Barre-de-Veyrac. On croit que le minotier a mêlé du plomb à sa farine. Le plomb a, paraît-il, la propriété de donner à la farine un bel aspect, de la blancheur, et permet de vendre en première qualité des farines inférieures. (*Progrès médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

L'ictère catarrhal et l'urologie de l'ictère.

La pathologie hépatique a, dans ces dernières années, donné lieu à un grand nombre de travaux considérables parmi lesquels nous ne voulons nous occuper aujourd'hui que de ceux relatifs à l'ictère. Une affection que nos classiques présentaient, il y a encore peu de temps, comme une de celles dont la pathogénie était la plus claire et la mieux établie, l'ictère catarrhal, a suscité des recherches qui ont montré qu'elle pouvait, dans certains cas au moins, être rangée soit parmi les auto-intoxications, soit parmi les maladies infectieuses. D'autre part, le symptôme ictère, envisagé en lui-même, ou dans quelques-uns des phénomènes pathologiques qui l'accompagnent le plus habituellement, a été l'objet d'études poursuivies à la fois en France et à l'étranger; enfin il n'est pas jusqu'au traitement de l'ictère simple qui n'ait fait, récemment, de nouveaux progrès. Nous avons donc cru le moment venu de passer rapidement en revue tous ces travaux, d'autant plus qu'un grand nombre, et des plus importants, sont l'œuvre de nos compatriotes.

I

M. Chauffard, ayant eu l'occasion de réunir un certain nombre d'observations d'ictère catarrhal, remarqua que l'évolution de la maladie pouvait se diviser en trois périodes. La première, dite *præ-ictérique* se caractérise par de l'affaiblissement général, de la courbature, de la fièvre, des vomissements, de l'herpès labial, souvent de la tuméfaction de la rate, de l'albuminurie et de la diarrhée; la seconde, période d'état, est celle de l'ictère et de la décoloration des selles; la troisième est annoncée par une crise de polyurie et d'azoturie sur laquelle nous reviendrons plus loin et qui marque le début de la convalescence. L'ictère peut persister encore pendant quelque temps, mais n'est plus alors qu'une conséquence, anatomique pour ainsi dire, de l'obstruction du cholédoque par le bouchon muqueux secondaire, et enfin le malade revient peu à peu à la santé tout en présentant pendant longtemps une grande dépression des forces.

Cet ensemble de symptômes donne bien l'idée d'une maladie générale et la pathogénie admise par Chauffard est la suivante : excès de boisson ou écart de régime, déviation des fermentations digestives, production de principes toxiques, anormaux ou en excès; résorption de ces produits putrides, action irritante directe sur la glande biliaire et ses conduits d'excrétion, obstruction du cholédoque.

Le développement de la maladie pourrait être facilité par l'influence sai-

sonnière et par l'existence d'affections antérieures de l'organe hépatique (fièvres intermittentes, ictère antérieur).

Cette pathogénie, qui rend bien compte de ce fait que, en somme, l'ictère catarrhal est rare dans l'embarras gastro-intestinal, ne peut pas expliquer d'une façon satisfaisante les épidémies d'ictère catarrhal; ces dernières ont été étudiées avec grand soin par Kelsch.

Fréquentes au printemps, elles se voient souvent dans l'armée où elles frappent de préférence les recrues qui, comme on le sait, sont un terrain tout préparé pour les maladies infectieuses. De même que les épidémies de fièvre typhoïde, celles d'ictère catarrhal ne sévissent souvent que dans de petits foyers où elles se cantonnent : à Saint-Dié, un bataillon de chasseurs est seul atteint; à Arras, la troupe seule est frappée; à Lille, ce sont seulement les soldats d'un des bâtiments de la caserne, etc. M. d'Astros a relaté une petite épidémie qui a sévi dans deux maisons où toutes les conditions de la meilleure hygiène étaient réunies, et qui étaient habitées par deux familles nombreuses ayant de fréquents rapports entre elles ; toutes ses recherches restèrent infructueuses quant à l'étiologie.

Cependant cette étiologie, pense M. Kelsch, il serait assez facile de la découvrir, vu qu'il doit s'agir « d'un agent infectieux, développé sur place, en dehors de l'organisme et peu diffusible ». En effet, l'ictère s'est développé à Saint-Dié au voisinage d'une fosse temporaire et par suite de l'habitat d'une partie des hommes sur des baraquements reposant sur de la terre imprégnée de matières organiques. A Arras, son apparition a coïncidé a deux reprises avec le curage d'un petit ruisseau, le Crinchon, qui passe dans les fossés et dans la ville, tandis qu'à Magdebourg il a frappé des hommes qui se baignaient dans un bras de l'Elbe en aval du point ou viennent aboutir les égouts de la ville. Il serait possible de citer encore bien d'autres faits aussi démonstratifs.

De tout cela, M. Kelsch conclut que :

1° L'ictère catarrhal sporadique ou épidémique est une maladie spécifique infectieuse;

2° L'agent infectieux se développe en dehors de l'organisme;

3° Les foyers générateurs sont les mares, les vases, le sol riche en matières organiques de nature végétale ou animale, enfin les eaux tenant en suspension ces matières;

4° Le foyer infectieux lui étant commun avec la malaria et avec la dothiénentérie, on s'explique la coïncidence, signalée dans certains cas, des épidémies d'ictère et de fièvre intermittente ou typhoïde.

M. Kelsch va plus loin et admet que « l'ictère simple n'est que la forme abortive de l'ictère grave ». Cette opinion, en effet, ressort de l'examen des faits qu'il a réunis et des observations recueillies par Grellety, Landouzy, Marie, Lancereaux et bien d'autres. Etiologie, symptômes, marche, se retrouvent identiques dans les deux cas. Pourquoi, dans certaines circonstances, l'ictère devient-il donc grave? En dehors du génie épidémique, en dehors de toutes les causes que nous ne pouvons énumérer ici qui peuvent faire varier l'intensité de l'action d'un contage probablement animé, il faudrait faire intervenir en première ligne l'état des reins; quand ces derniers restent intacts, ou à peu près, ils peuvent éliminer les poisons produits soit dans le tube digestif, soit dans le foie lui-même, ils peuvent débarrasser l'organisme de la bile résorbée; quand ils sont gravement frappés, ils perdent leur rôle d'émonctoire, et alors l'intoxication générale se fait avec la plus

grande facilité. Cette théorie séduisante a été surtout développée et enseignée par Bouchard, cependant nous croyons avec Lecorché et Talamon que l'on a exagéré ce rôle du rein qui deviendrait pour ainsi dire essentiel; nous reviendrons tout à l'heure sur ce point en étudiant l'urologie de l'ictère.

Mathieu, Veil, Goldschmidt, Roth, ont publié des faits caractérisés par les symptômes suivants : début de maladie générale; fièvre intense et ictère dès le troisième ou le quatrième jour; urines légèrement albumineuses, devenant abondantes au moment de la guérison; au bout de quelque temps, rémission plus ou moins prolongée; puis, de nouveau, élévation de température, accroissement de l'ictère, reprise des phénomènes généraux. La rechute dure peu et la convalescence arrive rapidement. Veil, après discussion, admit une maladie infectieuse spéciale. Aufrecht, en 1885, avait publié des faits qu'il regarde comme assez analogues; cependant ses deux cas se sont terminés par la mort et il n'y a pas eu de rémission. Wagner, de son côté, a donné deux observations où la rechute manque encore et qui rappellent absolument les observations de Chauffard. Parmentier qui, dans une savante revue, a rapporté presque tous ces faits, admet qu'il ne s'agit là que de formes bénignes d'ictère grave, car la rémission qui se voit dans beaucoup de maladies infectieuses n'est pas assez caractéristique (elle manque même dans un des cas de Veil) pour créer une forme morbide spéciale. C'est aussi l'opinion de Mathieu. Du reste, une observation de Bouchard publiée par Brouardel (*Arch. phys.*, 1876, p. 409) donne sous le titre d'ictère pseudo-grave un cas qui semble copié sur ceux de Veil et où on retrouve la rechute.

De tous ces travaux, il ressort que trois principales théories pathogéniques sont en présence; l'ictère catarrhal résulterait : d'une intoxication, d'un poison morbide venant du dehors, d'un catarrhe gastro-duodénal propagé. Il semble impossible, si l'on se rappelle les arguments que nous avons accumulés plus haut, d'après Chauffard et Kelsch, de ne pas admettre le bien fondé des théories défendues par eux. Les épidémies de maison, de caserne, leur coïncidence avec le voisinage de matières putrides quelconques prouvent que le poison, encore inconnu dans son essence, peut trouver son origine en dehors de nous. D'autre part, les cas très nets où la maladie débute après un excès alcoolique (et l'on sait depuis Leudet que l'alcool peut suffire pour donner lieu à un ictère mortel), après un écart de régime, montrent, ainsi que l'enchaînement des symptômes, qu'il y a des faits qui cadrent avec la théorie de Chauffard. Reste la propagation du catarrhe duodénal; eh bien, nous pensons qu'on peut l'admettre aussi dans certains cas où la maladie débute absolument comme un catarrhe gastrique ordinaire. Enfin, il ne faut pas oublier que, cliniquement, il existe des faits où l'appétit étant à peu près intact, la fièvre manquant, il se développe rapidement un ictère qui évolue avec la décoloration des selles sans s'accompagner d'aucun autre symptôme local. Par quelle théorie autre que celle du catarrhe simple peut-on tenter d'expliquer ces ictères, et n'est-on pas là en présence de cas où l'inflammation duodénale est réduite à son minimum?

De quelle manière aussi peut-on expliquer des épidémies d'ictère observées à la suite de vaccination par Luermann et Jahn? Le premier n'a eu des cas d'ictère que parmi les ouvriers qu'il avait revaccinés avec du vaccin humain glycériné. Un grand nombre de nouveaux ouvriers entrés posté-

rieurement ou revaccinés ailleurs ne furent pas atteints. Les faits de Jahn sont moins nets, les revaccinations ayant été pratiquées quatre mois avant l'épidémie d'ictère.

On a encore signalé récemment (Georgi, Ewald, Bartels) la coexistence de l'anémie pernicieuse avec un ictère qui, dans quelques cas, a semblé catarrhal, mais ce sont là des faits encore très peu étudiés.

II

Un certain nombre des symptômes de l'ictère catarrhal méritent de fixer notre attention.

M. Chauffard a noté, dans la plupart de ses observations, la tuméfaction de la rate; pour lui, cette tuméfaction est de même nature que celle qui se produit dans un grand nombre de maladies infectieuses. Marigliano et Masius admettent, au contraire, que la spléno-mégalie tient à la compression des rameaux et ramuscules portes par les canaux biliaires interlobulaires distendus par la bile; la stase gagnerait peu à peu la veine splénique et la rate. M. Chauffard répond que le symptôme peut manquer, qu'il peut exister dans des ictères très légers, et qu'enfin, dans des cas d'ictère intense par enclavement, il est parfois très peu marqué.

M. d'Astros a constaté, dans la petite épidémie d'ictère dont nous avons déjà parlé, que dans la plupart des cas, surtout au début de l'épidémie, la maladie *commençait* par une urticaire très intense. Chez quelques malades, l'ictère n'apparaissait qu'ensuite. L'urticaire a cessé de se montrer après quelque temps, et alors l'ictère est devenu plus grave (11 malades). L'on sait que l'urticaire a été très souvent observée dans l'ictère chronique.

Mais nous avons hâte d'arriver à l'urologie de l'ictère.

On doit employer pour la recherche de la bile l'acide azotique nitreux, et nous n'insisterons pas sur le procédé qui est classique et connu de tous. L'acide ne doit pas être trop chargé de vapeurs nitreuses, car alors (Yvon) il décomposerait l'urée et le dégagement de gaz mélangerait les zones colorées et, de plus, les colorations disparaissent très vite par suite de la formation rapide de la cholétéline, dernier terme d'oxydation de la bilirubine. L'albumine ne gêne pas, quand la matière colorante biliaire est en grande quantité; mais, dans le cas contraire, il importe de la précipiter par la chaleur ou l'acide acétique et, après dessiccation de ce précipité, de l'épuiser par le chloroforme. Quand il n'y a que des traces de bilirubine, on pourra faire agir le chloroforme sur une quantité d'urine assez grande; puis, après avoir mis le dissolvant dans un verre par décantation, verser sur lui de l'acide nitrique qui surnage; le jeu des couleurs se produit alors de haut en bas. Il est mieux de se servir du procédé de Swanda, qui évapore à sec au bain-marie, épuise par l'eau, dessèche le résidu insoluble et le traite alors par le chloroforme, qui est soumis ensuite à l'action de l'acide nitrique. La couleur verte, dans tous les cas, est la seule caractéristique.

Les autres matières colorantes de la bile existent peut-être au moment de l'émission; mais, dans tous les cas, la bilirubine leur donne rapidement naissance quand l'urine est abandonnée au contact de l'air.

La quantité de bilirubine renfermée dans l'urine ictérique varie de 2 à 15 milligr. en vingt-quatre heures, le maximum étant 1 milligr. par 100 grammes; du reste, l'intensité de la coloration n'indique pas la proportion; des urines pauvres peuvent être très foncées, et inversement. (Swanda, Garnier et Schlagdenhauffen.)

Les urines ictériques contiennent aussi les acides biliaires, mais il est le plus souvent nécessaire de les isoler pour les reconnaître, et ces recherches exigent un laboratoire.

Cependant, d'après J. Stevens, les sels biliaires se précipitent sous l'influence de l'acide nitrique dans un liquide albumineux. On voit, quand l'urine contient des sels, se former au-dessus du précipité d'albumine une autre couche blanchâtre distincte de la couche albumineuse sous-jacente; cette couche ne disparaît pas par la chaleur. En se servant d'urine albumineuse exempte de sels biliaires et qu'on ajoute à une urine quelconque, on peut rechercher les sels dans cette dernière.

Une des particularités les plus importantes de l'urologie de l'ictère simple est l'existence, après la période præ-ictérique, d'une crise de polyurie et d'azoturie absolument spontanée. « Au début, pendant la période d'invasion et d'état de la maladie, dit M. Chauffard, il y a une diminution considérable et de l'urine et de l'urée... Puis, à un moment donné, une détente soudaine se produit et une diurèse critique vient annoncer le début de la convalescence. »

L'urine et l'urée, dans un des exemples donnés par M. Chauffard, passent d'un demi-litre et 7 grammes, à trois litres et 35 grammes pour revenir peu à peu à 15,000 gr. et 15 ou 16 grammes. Il fait ensuite un rapprochement entre ces faits et ceux que l'on observe dans les cas d'ictère grave bénin, et il est, en effet, impossible de ne pas être frappé de la ressemblance des symptômes urinaires.

M. Bouchard, ainsi que le fait remarquer M. Brouardel, est le premier qui ait signalé dans des ictères (il s'agit d'ictères émotifs) le phénomène de la polyurie azoturique; M. Brouardel l'a noté lui-même dans l'ictère simple catarrhal en même temps que l'augmentation de volume de l'organe, et dit textuellement : « On ne peut pas ne pas constater que, lorsque l'ictère s'accompagne, dès le début, d'une forte polyurie avec excrétion abondante d'urée, les accidents sont peu graves et le pronostic bénin; si, au contraire, en même temps que l'ictère paraît, les quantités d'urine et d'urée excrétées sont faibles ou nulles, les accidents sont graves et le pronostic doit être réservé. » M. Brouardel a encore observé une augmentation de l'urée légère, il est vrai, dans l'embarras gastrique avec teinte bilieuse des plis naso-labiaux et passage d'un peu de matière colorante biliaire dans l'urine. Dans la congestion hépatique simple, on observe des faits analogues et, surtout quand l'ictère dit catarrhal survient chez de vieux paludéens, il nous semble qu'on peut admettre tout simplement qu'il s'agit de la congestion de l'organe, devenu un *locus minoris resistentiæ*. L'augmentation de l'urée, dans l'ictère simple, a encore été notée par M. Quinquaud; pour lui, elle n'est pas constante et on ne trouve parfois que 20 à 25 gr. d'urée, et cela dès le début de la maladie. Le même observateur a signalé l'augmentation de l'acide urique et de l'acide phosphorique au début, et surtout l'augmentation très notable des matières dites extractives : sarcine, xanthine, guanine, tyrosine, etc.; au contraire, le chlore diminue dans les premiers jours de l'ictère. Nous-même (Th. de Dat) avons publié un cas d'ictère avec phénomènes graves où, après diminution de la quantité d'urine et d'urée, il y eut, dès le surlendemain de l'apparition de l'ictère, polyurie et azoturie.

Tous ces caractères urologiques sont très importants et pourraient conduire à démembrer complètement l'ancien ictère catarrhal, qui compren-

drait des fièvres bilieuses gastriques, selon l'expression de Monneret, des congestions hépatiques de causes diverses (en comprenant certains cas d'ictère émotif), des auto-intoxications, et enfin des formes atténuées de l'ictère infectieux.

L'albuminurie se rencontre assez souvent dans l'ictère simple, où elle est généralement peu abondante, et on ne la voit guère que quand il y a de la fièvre. D'après Lecorché, on ne trouve ordinairement pas d'albumine dans les cas apyrétiques, même à l'état de traces. Le nuage opalin qui se produit parfois par l'acide nitrique serait dû à une substance grasse (Gubler). Dans les formes nettement infectieuses de l'ictère, l'albuminurie est la règle; cependant, nous l'avons déjà dit, il est probable que l'on a, dans cette maladie, attribué une importance trop grave à l'état des reins. Ces derniers, dans les cas mortels, présentent des lésions analogues à celles que l'on trouve dans toutes les maladies infectieuses graves, où la proportion des déchets à éliminer peut être aussi très considérable. Les cas à albuminurie intense peuvent guérir; d'autres, où elle est peu marquée et intermittente, avoir une terminaison fatale; d'où l'on peut conclure que, comme dans la fièvre typhoïde, l'altération du rein, quand elle est accentuée, devient redoutable, mais ne fait pas à elle seule toute la gravité de la maladie. Mobius a montré que, dans le rein ictérique, le glomérule était intact et que les lésions occupaient surtout les tubes contournés et les canaux excréteurs. Si l'on admet que l'albuminurie tient à une altération glomérulaire, on a ainsi l'explication de son absence dans l'ictère catarrhal non infectieux. (Lecorché et Talamon.)

Les modifications des fèces dans l'ictère ont été récemment étudiées en détail par Fr. Muller (*Zeitschrift für klin. Med.*, 1887, Band XII, Heft 1 et 2, p. 45). Il a d'abord montré que, quand la bile cesse d'arriver dans l'intestin, la résorption des féculents reste la même et que celle des albuminoïdes est à peine diminuée quand on les prend en grande quantité. Au contraire, la diminution pour la graisse est considérable. Tandis qu'à l'état normal, 7 à 10,5 p. 1000 passent dans les fèces, cette quantité s'élève de 55,2 à 78,5 p. 1000 dans l'ictère par obstruction. Muller a observé un fait qui prouve qu'il peut y avoir à la fois rétention du suc pancréatique et de la bile; il y avait obstruction par un bouchon muqueux non seulement du canal cholédoque, mais du canal de Wirsung. Du reste, pour l'auteur allemand, la suppression du suc pancréatique influe peu sur la résorption des féculents, paraît gêner un peu la digestion des albuminoïdes et n'a pas d'action sur la graisse; d'où cette conséquence que la stéatorrhée ne peut guère être attribuée à des maladies du pancréas. Ce dernier a surtout un rôle important dans le dédoublement des graisses en savon et en acides gras.

La coloration spéciale des matières fécales dans l'ictère tient non seulement à l'absence de la bile, mais encore à la présence de la graisse en excès, et Strumpell (cité par Parmentier) l'a prouvé directement. Il apparaît alors des cristaux aciculés qui sont formés soit par des acides gras libres, soit par des graisses saponifiées (probablement savons de chaux et de magnésie, Jaksch). Quand le canal pancréatique reste libre dans l'ictère, la majeure partie des graisses non absorbées est transformée en savons gras, tandis qu'une faible partie est dédoublée dans le cas contraire.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le docteur F. Kœnig, traduction par F.-M. Comte. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881.

C'est M. le docteur Terrillon qui s'est chargé de présenter l'ouvrage de Kœnig aux lecteurs français. Ce n'est pas, dit-il, une œuvre de critique, mais un ouvrage écrit dans un esprit pratique tout spécial. On voit à la lecture que celui qui l'a écrit est, avant tout, non seulement un chirurgien instruit, mais un praticien habile et judicieux.

Le premier fascicule qui vient de paraître se rapporte aux maladies du cerveau, du crâne et à celles de la face, l'œil et l'oreille étant volontairement laissés de côté.

D'après le plan de l'auteur, l'ouvrage semble bien plus destiné aux praticiens qu'aux étudiants. La partie pratique de chaque question est traitée en détails, celle qui est purement théorique étant moins développée. Nous relevons surtout, dans ce premier fascicule, les chapitres consacrés aux traumatismes cérébraux qui sont étudiés avec le plus grand soin. Médecins et chirurgiens liront avec un égal profit les pages dans lesquelles l'auteur établit le diagnostic, le pronostic et le traitement des lésions chirurgicales du crâne et de l'encéphale. Notons-le avec étonnement, on y trouve souvent cités les noms des auteurs français. — P. N.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud. Paris, O. Doin, 1888.

Cette importante monographie est l'ouvrage le plus complet qui existe sur les diverses espèces de tænias. L'auteur a réuni, au point de vue de l'histoire naturelle, les nombreux documents qui, depuis l'ouvrage classique de Davaine, avaient paru dans les recueils spéciaux. Cette partie du livre, enrichie de nombreuses gravures, sera aussi nécessaire aux naturalistes qu'aux médecins.

En Europe, le tænia inerme tend à se substituer au tænia armé, cela tient, d'après l'auteur, d'abord aux expéditions de Chine et de Syrie, ensuite à l'importation de bétail d'Egypte et d'Afrique.

M. Bérenger-Féraud a pu soit par lui-même, soit par des élèves, étudier les tænias dans les cinq grands hôpitaux des arsenaux maritimes de France. Il a donc recueilli un grand nombre d'observations qui lui ont permis de tracer, de la symptomologie et du traitement, un tableau magistral. A propos de la thérapeutique, il a passé en revue tous les tænifuges et accorde le premier rang au tannate de pelletiérine. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, informant l'Académie qu'elle est autorisée à accepter le legs qui lui a été fait par M. J.-B. Mège, par testament du 10 juin 1863;

2° Une lettre du préfet du département des Côtes-du-Nord, adressant un échantillon de l'eau alimentaire de l'Ecole normale d'institutrices de Saint-Brieuc, où a sévi une épidémie de fièvre typhoïde;

3° Un échantillon de la source Marie à Rennes (Aude);

4° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi sur un bataillon du 91e régiment de ligne en garnison à Mézières, par M. le médecin-major Duchêne;

5° Une lettre de M. Rochard, offrant à l'Académie, au nom de M. Ollier (de Lyon), son deuxième volume du *Traité des résections*, lequel a trait aux opérations pratiquées sur le membre supérieur.

— M. Vallin présente un travail du docteur Geschwind, médecin-major au 2e régiment de tirailleurs algériens, sur l'étiologie de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait sur une partie de la garnison de Mostaganem. Les eaux servant à l'alimentation, pures à leur arrivée, étaient contaminées en un point de leur parcours qui a pu être précisé.

— M. Gellé lit un travail sur l'accommodation auditive. De ses recherches, il résulte que les sons transmis par l'intermédiaire des os du crâne sont susceptibles d'être atténués par accommodation, aussi bien que ceux qui, transmis par l'air, mettent en jeu la membrane du tympan. Il existe un centre réflexe auriculaire, dont le siège paraît être dans la moelle cervicale.

— M. Créquy lit un travail sur les dangers de l'isolement incomplet des hôpitaux de varioleux. L'Assistance publique de Paris a ouvert un hôpital de ce genre au voisinage des usines à gaz de La Villette. En peu de temps, il s'est déclaré parmi leurs ouvriers 44 cas de variole, dont plusieurs mortels. Ces usines, au nombre de six, sont à une distance de l'hôpital qui varie de 230 à 720 mètres. Le plus grand nombre des cas (36) se sont montrés dans l'usine la plus rapprochée; les ouvriers ont été tellement émus par cette épidémie, qu'ils ne voulaient plus travailler, et que Paris a failli être privé d'éclairage. L'Administration a donc été mal inspirée en ouvrant là cet hôpital. Il faut autour d'un établissement de ce genre une zone d'isolement d'au moins 500 mètres. (Renvoyé à une commission composée de MM. Brouardel, Colin et Dujardin-Beaumetz.)

— M. Tarnier présente un crochet muni d'une ficelle pour la décollation du fœtus et il en explique le mécanisme.

— M. Le Fort rappelle qu'en 1871 Lister a commencé à appliquer à la chirurgie les doctrines de Pasteur; bien que sa théorie soit à peu près universellement acceptée, c'est à tort qu'on regarde les microbes de l'air comme l'origine des suppurations post-opératoires; pour s'opposer à leur action, on a adopté le pansement antiseptique déjà bien modifié et complété. Avant Lister, M. Le Fort, par des expériences répétées, a été amené à conclure que les microbes de l'air ne devaient pas être incriminés, et que la cause de la suppuration résidait dans le germe contage amené sur la plaie par les mains de l'opérateur et par les instruments. Depuis six mois, il a repris ces expériences et il a laissé des plaies d'amputation exposées à l'air sans aucun pansement. La réunion s'est effectuée par première intention. Il annonce qu'il fera au mois de novembre prochain une communication sur les résultats curieux obtenus par M. de Gennes en pratiquant des ensemencements à l'aide de particules ramassées sur ces plaies.

M. Le Fort présente encore le moulage d'un cas d'extrophie de la vessie qu'il a récemment opéré. Grâce aux modifications apportées aux procédés en usage, et après plusieurs opérations secondaires partielles, il a pu réduire l'ouverture vésicale à un petit orifice auquel on peut facilement adapter un appareil.

— M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il n'a rien à ajouter à la communication de M. le professeur Verneuil sur l'ensemble des cas d'anévrysmes aortiques auxquels on a appliqué la filipuncture (méthode de Moore). En résumé, ce procédé donne peu de bénéfice et crée de sérieux dangers. Aussi doit-on le rejeter, d'autant plus qu'en outre du traitement médical on possède une méthode préférable, l'électropuncture ou procédé de Ciniselli. Il y a plus de dix ans que M. Dujardin-Beaumetz a fait sa première application de ce procédé. Dans diverses communications, il a indiqué les divers perfectionnements par lui apportés dans la technique opératoire de l'électrolyse.

La statistique de M. Petit (art. Galvano-puncture du *Diction. encycl.*) donne 69 améliorations sur 114 cas d'anévrysme de l'aorte ainsi traités. Malgré cela, les applications de cette méthode sont de plus en plus rares, et lui-même il hésite de plus en plus à la conseiller quand il est consulté à ce sujet. C'est d'abord parce que l'électrolyse ne peut amener une guérison définitive et complète des anévrysmes aortiques, et ensuite parce que le traitement ioduré voit son efficacité de plus en plus reconnue.

En effet, il est probable que la coagulation dans l'électrolyse se produit sous l'influence de l'inflammation déterminée par le passage du courant positif; aussi le caillot adhésif ne peut-il se faire que dans les points où pénètrent les aiguilles, c'est-à-dire du

côté de la peau. Or, l'anévrysme aortique s'ouvre très rarement à l'extérieur, tandis que, dans la plupart des cas, il se rompt vers la plèvre ou le poumon. Il en résulte que la méthode de Ciniselli n'est guère que palliative; elle arrête la marche de l'anévrysme vers l'extérieur et amène une sédation des douleurs. Malgré cette amélioration, la rupture finit par se produire dans l'espace de trois ans, au minimum. Le traitement ioduré lui a donné deux succès personnels; comme M. Verneuil, M. Potain en a obtenu. Actuellement, on sait donner l'iodure de façon à ce qu'il soit aisément supporté. On se trouve souvent bien d'employer l'iodure de sodium de préférence à celui de potassium.

Malgré le pronostic presque toujours fatal de l'anévrysme aortique, on doit s'en tenir habituellement au traitement médical. La méthode de Moore doit être absolument rejetée.

— M. Gibier donne lecture d'une étude sur l'étiologie de la fièvre jaune. En 1887, M. Domingo Freire fit connaître, à Paris, ses travaux sur cette maladie. A la fin de la même année, M. Gibier est allé l'étudier à La Havane, où l'on en observait des cas sporadiques. Ses conclusions, différentes de celles de Freire, se basent sur l'examen de 12 cas. Le sang, l'urine, la bile, la sérosité péricardique ne contenaient pas de micro-organismes et n'ont donné lieu qu'à des cultures négatives. Quant aux viscères, ils n'en contenaient pas davantage, sauf pour ce qui est de l'intestin.

Celui-ci contenait une matière noire analogue à celle des vomissements (vomito negro) et où pullulaient des microbes de toute espèce. Cette matière noire fraîchement recueillie est très toxique, comme on a pu s'en rendre compte sur les cobayes; cette toxicité paraît être produite par les bacilles.

Six fois M. Gibier a rencontré un bacille spécial retrouvé dans trois autres cas par Steinbeck. Il paraît donner naissance, dans le bouillon de culture, à une matière noire ressemblant aux matières vomies. Il est mince, souvent incurvé comme le bacille virgule du choléra, et dans les vieilles cultures il prend un aspect ondulé de spirille; il liquéfie la gélatine de la culture; des spores n'ont pas été vues.

On peut se demander si la coloration noire est ou non produite par du sang altéré Quant à ce microbe, probablement pathogène de la fièvre jaune, il meurt quand il est exposé à une température de 60 degrés, ou bien quand il est desséché à l'air libre et à l'ombre pendant vingt-quatre heures. Un froid de 10 degrés ne le tue pas, mais il ne se développe bien qu'aux températures supérieures à 20 degrés. Il peut vivre pendant plusieurs mois dans l'eau de mer contenant des matières organiques; cela pourrait expliquer pourquoi la fièvre jaune règne de préférence le long des rivages et surtout dans certains ports comme celui de la Havane. Les animaux semblent réfractaires à la fièvre jaune.

Au point de vue thérapeutique, il faut respecter les vomissements qui sont une voie d'élimination du poison. Le traitement local est le plus important : il consistera surtout dans le lavage de l'intestin à l'aide de purgatifs et dans la désinfection par le sublimé qu'on peut employer à la dose de 5 à 8 centigrammes par jour. Un cas très grave traité de cette façon a guéri.

— M. Robin donne lecture des rapports de la commission des eaux minérales sur les sources que l'on a demandé à exploiter. Les conclusions en sont adoptées.

— L'Académie se constitue ensuite en comité secret pour entendre le rapport de M. Proust sur les correspondants étrangers. Voici l'ordre de classement des candidats : en première ligne, M. Vanlair (de Liège); en deuxième ligne, M. Cantani (de Naples); en troisième ligne, MM. Rommelaere et Warlomont (de Bruxelles). — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues du 1er au 24 juillet 1888.

Du 1er au 4. — Pas de thèses.

Mercredi 4. — M. Foveau : De la vaginite et de son traitement. (Président, M. Four-

nier.) — M. Romme : Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique. (Président, M. Straus.)

Jeudi 5. — M. Letenneur : Les tumeurs stercorales en obstétrique. (Président, M. Brouardel. — M. Tostivint : Contribution à l'étude de l'hystérie pulmonaire (pseudo-phthisie hystérique). (Président, M. Jaccoud.)

Du vendredi 6 au mardi 10. — Pas de thèses.

Mercredi 11. — M. Patron : Contribution à l'étude de la récidive des sarcomes des membres. (Président, M. Trélat.) — M. Seigneur : La dentition pendant les deux premières années. (Président, M. Lannelongue.) — M. Boullaud : Du zona bilatéral, compliqué d'herpès généralisé. (Président, M. Potain.) — M. Mercier : De la colite chronique. (Président, M. Potain.) — M. Marty : Lupus du larynx. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 12. — M. Yovanovitch : Entomologie appliquée à la médecine légale. (Président, M. Brouardel.) — M. Scialon : Des vergetures du thorax. (Président, M. Brouardel.) — M. Luguet : Contribution à l'étude des corps jaunes. (Président, M. Cornil.) — M. Penasse : Contribution à l'étude des méningites chroniques, et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Lancial : Thrombrose des sinus veineux de la dure-mère. (Président, M. Duplay.) — M. Arragon : Documents relatifs à la fièvre jaune. (Président, M. Proust.)

Vendredi 13. — M. Leroux : Contribution à l'étude du zona chez les tuberculeux. (Président, M. Potain.) — M. Batlle : Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire commune. (Président, M. Potain.) — M. Pavlidès : Arthropathie tabétique du pied. (Président, M. Damaschino.) — M. Furet : Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. (Président, M. Damaschino.)

Du samedi 14 au mercredi 18. — Pas de thèses.

Jeudi 19. — M. Maurel : De l'épithélioma vulvaire. (Président, M. Richet.) — M. Gache : Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-cautérisation. (Président, M. Lannelongue.) — M. Bentjac : De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. (Président, M. Lannelongue.) — M. Delplanque : De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques. (Président, M. Jaccoud.) M. Fugairon : Topographie médicale du canton d'Ax. (Président, M. Proust.) — M. Linn : De l'habitude et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique. (Président, M. Proust.)

Vendredi 20 et samedi 21. — Pas de thèses.

Lundi 23. — M. Soustre : Sur un procédé opératoire des tumeurs du pharynx nasal. (Président, M. Lannelongue.) — M. Estrada : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromyomes utérins. (Président, M. Lannelongue.) — M. Michel : Etude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration imitée. — M. Patein : De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques. (Président, M. Gautier.) — M. Saint-Hilaire : De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques. (Président, M. Ch. Richet.) — M. Le Serrec de Kervilly : Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche. (Président, M. Richet.) — M. Bourdillon : Psoriasis et arthropathies. (Président, M. Potain.) — M. Horcholle : Contribution à l'étude de la chorée rythmée. (Président, M. Damaschino.) — M. Meloir : Etude sur la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. (Président, M. Damaschino.) — M. Chamorro : Etude sur la tuberculose aiguë des articulations. (Président, M. Trélat.) — M. Oulié : Traitement de l'anévrysme de l'artère poplitée par l'extirpation du sac. (Président, M. Trélat.) — M. Perez : Exploration des uretères. (Président, M. Guyon.) — M. Donnadieu : Rapports de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo. (Président, M. Fournier.) — M. Nozo : Etude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes. (Président, M. Fournier.) — M. Duclos : Du système artériel chez les alcooliques. (Président, M. Straus.)

Mardi 24. — M. Miltas : Des plaies du rein par coup de feu. (Président, M. Richet.) — M. Aysaguer : Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. (Président, M. Richet.) — M. Haneix : Phosis (étude séméiologique). (Président, M. Ball.) — M. Bahier : Formose et les Pescadores. (Président, M. Brouardel.) — M. Forest de Faye : De la déviation consécutive à l'arthrite et de son rôle dans une variété de

pied douloureux. (Président, M. Brouardel.) — M. Mendez : Etude de l'artério-sclérose et de sa valeur séméiotique. (Président, M. Peter.) — M. Haralambie : De la pleurésie récidivante, sa localisation du côté opposé à la première atteinte. (Président, M. Peter.) — M. Lesguillon : De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire. (Président, M. Bouchard.) — M. Balme : Hypertrophie des amygdales. (Président, M. Bouchard.) — M. Sattler : Contribution à l'étude clinique de quelques accidents consécutifs à la téphro-myélyte antérieure aiguë (paralysie infantile). (Président, M. Proust.) — M. Modelski : Contribution à l'étude des divers modes de transmission de la fièvre typhoïde. (Président, M. Proust.) — M. Vassaux : Développement de l'œil. (Président, M. Panas.) — M. Martin (Pierre) : Contribution à l'étude des tumeurs des tissus frontaux. (Président, M. Panas.) — M. Issaurat : Le sinus uro-génital. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Audollent : Etude critique sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Panne : Trachéotomie dans le croup avec chloroforme (procédé lent). (Président, M. Le Fort.) — M. Goffart : Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant. (Président, M. Le Fort.) — M. Cherigié : De la suture des os. (Président, M. Le Fort.) — M. Macry : De la colite dysentériforme. (Président, M. Dieulafoy.)

FORMULAIRE

Traitement de la thyroïdite. — A. Broca.

Au début d'une inflammation franche, un purgatif salin est souvent utile. Le salicylate de soude se montre efficace contre la thyroïdite rhumatismale, le sulfate de quinine contre la thyroïdite palustre. — Le traitement local consiste à immobiliser autant que possible la région. Les larges onctions d'onguent napolitain, les cataplasmes émollients favorisent la résolution. Si malgré l'emploi de ces moyens la suppuration se produit, il y a lieu d'inciser aussi vite que possible, en ayant soin d'éviter les veines. On draine pour faciliter l'écoulement du pus, et on fait des pansements antiseptiques. On obtient de cette manière des guérisons rapides et sans délabrements sérieux.

N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1888, ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbaub, Battesti, Berne, Callamand, Chauveau, Coupard, Guérard, Juranville, Lacroix, Lanteirès, Lemoine, Loupie, Martial-Lagrange, Mouttier, Perrin (C.-A.), Poupon, Rech, Robert, de Soyre, Bonnot, Groslous, Jalabert, Mme Gache-Saraute, à Paris ; MM. les docteurs Arragon, médecin aide-major de deuxième classe ; Aubert, médecin-major de première classe ; Benoit, à Privas ; Bierry, à Moirans ; Bourrand, à La Rochefoucauld ; Chouet, à Brive ; Coffec, à Quimper ; Darolles, à Provins ; Faure, à Fontenay-aux-Roses ; Hacq, à Maré ; Lamarche, à Vérey-sous-Salmaire ; Langrais, à Cesny-Bois-Halbout ; Metaxas, à Marseille ; Mourgues, à Nîmes ; Richard, médecin-major de première classe ; Takvorian-Takvor, à Loury ; de Welling, à Rouen ; Nicolas-Duranty, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Gaudron, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon ; Cauchois, chef des travaux à l'Ecole de médecine de Rouen ; Pojolat, suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ; Thibaut, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Macé et René, agrégés près la Faculté de médecine de Nancy ; Forest, médecin du lycée de Troyes ; Bompaire, médecin du collège de Millau ; MM. les pharmaciens Lock, à Vernon ; Louvet, pharmacien principal de la marine ; Saint-Martin, à Vic-Fezensac ; Veyrières et Vigier, à Paris ; Garrouste, à Aurillac ; Leydié, à Paris ; Massol, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

Exposition universelle de Paris 1889. — *Congrès scientifiques :*

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie : MM. les docteurs Besnier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Feulard, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Fournier, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Hallopeau, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Quinquaud, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de 'hôpital Saint-Louis; Vidal, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Par arrêté en date du 16 juillet 1887, M. le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international des électriciens : MM. d'Arsonval, membre de l'Académie de médecine, professeur suppléant au collège de France; Berger (Georges), directeur général de l'exploitation à l'Exposition universelle de 1889, ancien président de la Société internationale des électriciens; Boudet de Paris, docteur, membre du comité de la Société internationale des électriciens; Bouilhet, ingénieur manufacturier; Bourdin, ingénieur; Carpentier, ingénieur constructeur, vice-président de la Société internationale des électriciens; Cornu (A.), membre de l'Institut, professeur à l'Ecole polytechnique; Delahaye (Th.), ingénieur publiciste; Fontaine, ingénieur, administrateur de la Société des machines magnéto-électriques Gramme : Gariel, professeur à la Faculté de médecine, vice-président de la Société internationale des électriciens; Hillairet, ingénieur constructeur; Hospitalier, professeur à l'Ecole municipale de physique et de chimie; Joubert, secrétaire général de la Société de physique; Lemonnier, ingénieur constructeur, président de la Société internationale des électriciens; Lippmann, membre de l'Institut; Mascart, membre de l'Institut, professeur au Collège de France; Napoli, ingénieur, chef du laboratoire des essais aux chemins de fer de l'Est; De Nerville, ingénieur des télégraphes, chef du laboratoire central d'électricité; Pellat, maître de conférences à la Faculté des sciences; Hicou, ingénieur; Postel-Vinay, ingénieur constructeur, président de la chambre syndicale des industries électriques; Potier, ingénieur en chef des mines, professeur à l'Ecole polytechnique; Raymond, directeur de l'Ecole supérieure des télégraphes; Renard, commandant, directeur des ateliers du ministère de la guerre à Meudon; Sartiaux (E.). ingénieur, chef du service télégraphique aux chemins de fer du Nord; Sebert, colonel, vice-président de la Société internationale des électriciens; Séligmann-Lui, ingénieur des télégraphes, secrétaire général de la Société internationale des électriciens; De la Touanne, ingénieur des télégraphes; Violle, maître de conférences à l'Ecole normale; Vivarez, ingénieur, secrétaire de la chambre syndicale des industries électriques, etc., etc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Briois (de Paris), Creuset (de la Gravelle), J. Dalidet (de Nersac) et R. Néris, de Saint-Pierre (Martinique).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Mercredi dernier a eu lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, la séance d'organisation du Congrès pour l'étude de la tuberculose. Les statuts du Congrès ont été approuvés et M. le professeur Chauveau a été nommé président de la session, MM. Verneuil et Villemin vice-présidents; MM. Cagny, Gallois, Piet, Thoinot, secrétaires ; M. L.-H. Petit, reste secrétaire général du Congrès. MM. Leclainche et P. Villemin, secrétaires adjoints.

Dans l'après-midi, a eu lieu la séance d'inauguration du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Faculté, par M. Chauveau, au milieu d'une nombreuse assemblée de professeurs de la Faculté et de médecins et chirurgiens des hôpitaux.

De nombreux confrères étrangers, représentant la plupart des États de l'Europe et de l'Amérique, s'étaient joints aux membres français du Congrès. Sur 400 membres inscrits, 70 environ sont étrangers; on compte à peu près le même nombre de vétérinaires et de médecins. C'est le premier Congrès où les représentants des pathologies humaine et vétérinaire unissent leurs efforts pour arriver à la solution d'un problème difficile; les uns

FEUILLETON

COMPTE RENDU DE L'ORGANISATION ET DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE,

Par le docteur L.-H. Petit, secrétaire général.

Messieurs,

Il est d'usage que le secrétaire général d'un Congrès rende compte à ses membres de son organisation et de sa situation financière. A ce dernier point de vue, ce que l'éminent président de l'*Œuvre de la Tuberculose*, M. le professeur Verneuil, a bien voulu dire, tout à l'heure, rendra ma tâche moins longue.

Lorsque, il y a deux ans et demi à peine, M. Verneuil publia son projet d'organisation de l'*Œuvre de la Tuberculose*, parmi les moyens dont il comptait disposer pour reprendre à nouveau l'étude de ce fléau afin d'en arrêter les ravages sans cesse croissants, il ne songeait pas encore à la réunion d'un Congrès. L'extension rapide que son heureuse idée prit dans le monde scientifique et l'impulsion donnée par elle aux travaux relatifs à la tuberculose, mirent en rapport les représentants les plus autorisés de la pathologie humaine et de la pathologie vétérinaire, et de leur alliance, formée sous les auspices de l'*Œuvre de la Tuberculose*, naquit l'idée du Congrès qui nous réunit aujourd'hui.

n'ont pas cru déroger, les autres n'ont pas redouté un mauvais accueil, et tout fait supposer que cette alliance heureuse produira les meilleurs résultats. Les ravages croissants causés par la tuberculose leur serviront de trait d'union et stimuleront leur zèle.

Nous analyserons prochainement les discours de M. le professeur Chauveau, de M. Verneuil, président de l'Œuvre de la tuberculose, de M. Cornil, sur la contagion de la tuberculose par les muqueuses; de M. Nocard, sur les dangers qui résultent de l'usage du lait et de la viande des animaux tuberculeux; enfin de M. L.-H. Petit, sur l'organisation et la situation financière du congrès.

— Séance très intéressante à l'Académie de médecine, où M. le professeur Le Fort a communiqué un fait curieux de traitement de l'extrophie de la vessie, puis les résultats du pansement à l'air libre; M. le docteur Gibier les résultats de ses recherches sur le microbe de la fièvre jaune; M. Gellé, des idées nouvelles sur les réflexes auriculaires, et M. Dujardin-Beaumetz, son opinion sur les traitements actuels des anévrysmes et l'aorte. Il se prononce pour le traitement par l'iodure de sodium, contre la galvano-puncture, qui doit être réservée pour les cas exceptionnels. Quant à la filipuncture ou méthode de Moore, il la repousse formellement.

L'ictère catarrhal et l'urologie de l'ictère (1).

III

La théorie de l'hémaphéisme de Gubler, déjà combattue de différents côtés, semble devoir être définitivement abandonnée à la suite des recherches de Engel et Kiener. Ces auteurs ont d'abord montré que la coloration brun-acajou, qui serait spéciale aux urines hémaphéiques, n'est pas produite par l'urobiline. En effet, des solutions d'urobiline pure ne changèrent

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Un Comité, composé de MM. Chauveau, Villemin, Butel, Leblanc, Nocard, Rossignol, Cornil, Grancher, Lannelongue et Verneuil, fut chargé de mettre à exécution cette idée et me fit l'honneur de me confier les fonctions de secrétaire général. Je l'en remercie très sincèrement, bien que la tâche m'ait paru quelquefois un peu lourde. Si j'ai pu la mener à bonne fin, c'est grâce à la sympathie que notre Congrès a éveillée chez toutes les personnes auxquelles j'ai dû m'adresser au cours de son organisation.

Au point de vue de nos finances, Messieurs, il est fort heureux pour nous que nous soyons placés sous le patronage immédiat de l'*Œuvre de la Tuberculose*. En effet, le taux de la cotisation, fixé à 10 francs par le Comité d'organisation, est à peine suffisant pour payer la publication de nos comptes rendus; en prenant à sa charge le reste de nos frais, l'*Œuvre de la Tuberculose* a donc droit à nos sincères remerciements.

Mais si le Congrès, comme opération financière, n'est appelé qu'à un succès relatif, il n'en est pas de même de son succès moral et scientifique, qui nous paraît assuré.

En effet, Messieurs, comme je le disais tout à l'heure, notre projet d'organisation du Congrès a rencontré un accueil empressé et sympathique non seulement en France, mais encore à l'étranger, ainsi que nous l'indiquent les nombreux drapeaux qui décorent cet amphithéâtre.

Ainsi, nous comptons parmi nous des représentants de toutes les Facultés de médecine de France et de nombreuses Sociétés savantes :

A Paris, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, la Société médicale des hôpitaux, la Société de chirurgie, la Société anatomique, la Société d'hygiène de l'en-

pas de couleur au contact de l'acide nitrique, l'urine de chiens empoisonnés par la toluylendiamine donna la réaction hémaphéique, bien qu'elle ne renfermât ni l'urobiline ni le chromogène de cette dernière ; enfin, dans des urines urobiliques fournies par des malades atteints de maladies diverses tantôt la réaction exista, tantôt elle fit défaut. Les auteurs se sont alors livrés à des séries de précipitations fractionnées sur des urines donnant la réaction décrite par Gubler et sont arrivés à ce résultat qu'elle n'était pas produite « par une substance déterminée, mais par l'ensemble des matières colorantes et chromogènes contenues donc l'urine. La superposition dans les couches en contact avec l'acide nitrique des matières colorantes préexistantes et de celles que l'acide nitrique développe par son action sur les chromogènes se traduit à l'œil par l'impression d'une couleur brune.

Pour faire la contre-épreuve ils ont préparé artificiellement de l'urine hémaphéique en concentrant une urine normale et en y ajoutant de la bilirubine ou de l'urine donnant la réaction de Gmelin; ils sont encore arrivés au même résultat sans concentration en se servant d'urine fébrile, dense, fortement colorée par l'urobiline ou la matière colorante normale.

La théorie française de l'ictère hématogène étant démontrée fausse, MM. Engel et Kiener ont alors étudié la théorie allemande qui attribue l'ictère à l'urobiline de Jaffé, quand la réaction de Gmelin ne se produit pas dans les urines. Cette théorie avait du reste déjà été combattue par Quincke. Le pouvoir tinctorial de l'urobiline est faible mais réel et elle colore en chair de saumon des fragments de tissus morts, en brun rosé les éléments du tissu conjonctif vivant. Les auteurs ayant eu l'occasion d'examiner des cas d'ictères chroniques avec affection du foie et urines très riches en urobiline, mais ne renfermant que par moments des traces de pigment biliaire, reconnurent que la peau ne donnait pas le spectre de l'urobiline (nous le décrirons tout à l'heure) et que le liquide ascitique en renfermait en même temps que de la bilirubine. Les tissus, après la mort, ne purent donner la bande d'absorption que l'on retrouva dans la sérosité des membres.

Comme tout le corps était coloré, on doit admettre que cette coloration

---

fance, la Société centrale de médecine vétérinaire, la Société de médecine vétérinaire pratique. En province, les Sociétés médicales de Bordeaux, Lyon, Lille, Marseille, Toulouse, Amiens, Grenoble, Nantes, Rouen, Reims, Boulogne-sur-Mer, des Deux-Sèvres, de l'Yonne, du Haut-Rhin;

Les Écoles de médecine vétérinaire d'Alfort, Lyon, Toulouse;

Les Sociétés de médecine vétérinaire des Ardennes, de Lorraine, de l'Yonne, de la Marne, du Lot-et-Garonne, de l'Est, du Loiret, du Puy-de-Dôme, de l'Eure et de la Seine-Inférieure;

Les Conseils d'hygiène et de salubrité de la Seine, de la Loire, de la Marne, de Seine-et-Marne;

Les vétérinaires délégués, chefs des services sanitaires de la Seine, de la Loire-Inférieure, de la Marne, de Meurthe-et-Moselle, d'Eure-et-Loir, de l'Isère, de l'Aude, du Tarn; des villes de Bar-le-Duc, Dijon, Rennes, Nancy, Besançon, Reims, Fontainebleau, Saint-Étienne, Albi, Angers, Gap, etc.

A l'étranger, ont adhéré à notre Congrès les gouvernements du Brésil, du Chili, de Hongrie, d'Espagne, de Belgique, de Roumanie, de Norvège, du grand-duché du Luxembourg;

Les Académies de médecine de New-York et de Turin, l'Académie médico-chirurgicale de Madrid; les Facultés de médecine d'Athènes, de Madrid, de Beyrouth et de Bucharest.

Les Sociétés de médecine de Bristol, Glasgow, Liège, Copenhague; la Société d'hy-

était due à la matière colorante biliaire ; mais pourquoi cette matière ne passe-t-elle pas dans l'urine? C'est ce que les auteurs expliquent en établissant de la manière suivante la pathogénie de l'ictère appelé autrefois hémaphéique : pour eux il y a dans ces cas stase de la bile devenue épaisse par suite de sa richesse en matière colorante; elle séjourne alors trop longtemps dans les petits canaux biliaires.

La surabondance de matière colorante tient à ce que le foie a trop de matière colorante du sang à transformer en bilirubine, et il peut y avoir, soit destruction exagérée des globules (fièvres), soit annulation d'une partie du parenchyme hépatique (cirrhose).

Quant à l'urobiline, que l'on trouve dans l'urine, elle résulte de la transformation de la matière colorante biliaire, et, à ce moment, elle devient moins abondante dans l'intestin, ce qui explique en partie la décoloration des matières fécales ou leur teinte spéciale. L'urine normale ne contient pas d'urobiline, mais seulement une petite quantité du chromogène de cette substance qui est la forme la plus avantageuse pour l'élimination que puissent revêtir les résidus biliaires et l'hémoglobine.

M. le professeur Hayem a fait des recherches sur l'urobiline en se servant surtout des caractères spectroscopiques de cette substance. Elle donne (Jaffé et Méhu), entre les bandes B et F, une bande plus ou moins sombre et plus ou moins large qui laisse voir sur la droite une partie du bleu et le violet. On peut souvent la renforcer en oxydant le chromogène de l'urobiline qui se trouve dans l'urine par quelques gouttes de teinture d'iode (Engel et Kiener). Les pigments biliaires obscurcissent complètement le violet et presque tout le bleu, de telle sorte que, quand ils existent en même temps que l'urobiline, toute la partie droite du spectre est couverte. Quelquefois des pigments biliaires modifiés se révèlent au spectroscope, alors que la réaction de Gmelin fait défaut.

On peut trouver les pigments biliaires et l'urobiline à la fois dans le sérum et dans l'urine; c'est l'ictère ordinaire confirmé. Rarement il n'y a dans les deux liquides que de l'urobiline sans pigments biliaires.

---

giène de Florence; les Écoles de médecine vétérinaire de Buda-Pest, Glasgow, Curegheim (Belgique), Utrecht, et Bucharest, dont tous les professeurs nous ont envoyé leur adhésion; les municipalités de Gênes, d'Anvers, de Bruxelles, etc.

Enfin, nous comptons encore parmi nos membres adhérents des collègues, vétérinaires ou médecins, d'Égypte, de Tunisie, de Suisse, de Turquie, de la République argentine, de la République de Colombie, des États-Unis, etc.

Les Sociétés d'York, d'Edimbourg, de Genève, de Modène, d'Upsal, nous ont manifesté par lettres leurs sympathies pour notre Congrès, et leurs regrets de n'y pouvoir prendre part.

Permettez-moi, Messieurs, d'exprimer ici, au nom du Comité d'organisation, tous nos remerciements à ces nombreux collègues de France et de l'étranger, qui ont bien voulu répondre à notre appel et contribuer si puissamment au succès moral et scientifique de notre Congrès.

Nous devons encore une reconnaissance toute particulière à MM. les ministres du commerce et de l'industrie, et des travaux publics, à MM. les directeurs des chemins de fer et du commerce intérieur, au bienveillant appui desquels nous devons d'avoir pu obtenir des parcours à prix réduits sur les chemins de fer français.

Si quelques imperfections, inséparables d'un premier début, ont eu lieu dans cette partie de notre organisation, veuillez les pardonner à ces messieurs comme à moi-même. Notre président, M. Chauveau, qui connaît par le menu toutes les démarches que nous avons dû faire, pourra vous dire quelles difficultés nous avons rencontrées

Dans d'autres cas, les pigments biliaires sont plus abondants dans le sérum qui contient des traces d'urobiline; cette dernière existe dans l'urine avec des pigments biliaires modifiés : c'est l'ictère hémaphéique de Gubler.

Il peut encore y avoir urobiline et pigments biliaires dans le sérum, urobiline seule dans l'urine. L'ictère est peu marqué.

Enfin, il y a des cas où l'urobiline est seule dans le sérum et dans l'urine, L'ictère manque alors, sauf si l'on est à la fin d'un état où il a existé, car ces diverses combinaisons peuvent se rencontrer dans le cours d'une même maladie.

Toutes les fois que le sérum renferme des pigments biliaires il y a ictère; quelquefois on trouve une légère teinte subictérique quand il ne contient que de l'urobiline, mais il peut se faire qu'il y ait eu avant l'examen du sang passage d'une certaine quantité de pigments. L'urobiline seule ne peut pas produire l'ictère, et l'ictère hémaphéique de Gubler est caractérisé par l'élimination de pigments sous une forme modifiée, une partie de ces pigments se présentant sous forme d'urobiline. Remarquons ici que, comme nous l'avons vu plus haut en relatant les travaux d'Engel et de Kiener, la réaction de Gmelin peut être marquée par les différentes couleurs qui se produisent par la réaction des autres chromogènes.

Dans les cas d'urobilinurie persistante habituelle, avec ou sans ictère hémaphéique, on trouve, outre une lésion quelconque du foie, l'infiltration graisseuse ou la dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique.

L'urobiline se produit dans l'intestin par réduction des pigments biliaires. Elle peut (Maly) se résorber et arriver dans le sang sous une forme incolore ou réduite en chromogène. Hayem et Winter admettent que la bile renferme toujours de l'urobiline à l'état normal, et cette proportion peut devenir considérable à l'état pathologique; le foie lésé fabrique donc des produits anormaux. Les pigments biliaires peuvent se réduire aussi dans le sang en circulation; enfin, il est probable que l'hémoglobine peut produire directement de l'urobiline. La bile anormale riche en urobiline peut être résorbée directement dans le foie, quand, par exemple, comme chez

---

pour arriver au résultat actuel, assez satisfaisant, en somme. Nous nous efforcerons de faire mieux à l'avenir.

Nous ne pouvons oublier, dans l'expression de notre reconnaissance, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, qui a bien voulu mettre complètement à notre disposition les salles et le personnel nécessaires au bon fonctionnement de notre Congrès.

Messieurs, il n'est guère de tableau parfait sans ombre, et celui que je viens de tracer de notre Congrès présente la sienne. De toutes les Sociétés savantes auxquelles nous avons annoncé notre projet d'organisation du Congrès de la tuberculose en les priant de vouloir bien y participer, une seule, de nationalité étrangère, nous a envoyé une réponse désobligeante. Si j'en parle ici, c'est parce que cette réponse a été publiée dans les journaux de médecine de l'endroit; mais, malgré cette publicité, je vous demande la permission de ne pas nommer cette savante Société. Vous ne me saurez pas mauvais gré, je pense, de garder au sujet de nos dissentiments professionnels internationaux une discrétion qui peut paraître superflue à certains confrères d'un pays voisin, mais que chez nous on a toujours considérée comme un devoir.

D'ailleurs, le nombre et la qualité des collègues qui nous sont arrivés de l'étranger suffiront amplement à nous consoler de cette unique déconvenue. C'est qu'en effet, Messieurs, ce nombreux concours de confrères étrangers nous semble avoir une signification bien flatteuse pour notre patriotisme. Il nous paraît indiquer assez nettement que,

un cardiaque, il y a augmentation de la tension dans les veines sus-hépatique.

Le sang peut-il former directement dans le torrent circulatoire des pigments dérivant des vieux globules? Cela est peu probable, et on doit admettre que c'est dans le foie que se fait la destruction.

En somme, l'ictère résulterait toujours d'une résorption biliaire, étant seulement mis à part, si on le regarde comme prouvé, celui qui se développe après la résorption d'un épanchement sanguin.

IV

En 1877, Krull proposa de traiter les malades atteints d'ictère catarrhal en leur administrant chaque jour un lavement d'un à deux litres d'eau très froide surtout le premier jour. Hugo Lœventhal, Eichorst, Kraus ont vérifié la méthode et s'en sont aussi bien trouvés chez les enfants que chez les adultes. Pregaldino l'a aussi mise en usage avec succès chez les enfants, et emploie d'un litre et demi à deux litres, tandis que Lœventhal, dans le jeune âge, se contente d'un litre.

Chauffard a expérimenté la pratique de Krull. Il a donné, par jour, deux lavements de 18 à 20°, mais a reconnu qu'un seul était suffisant. Ils sont bien supportés et gardés cinq à dix minutes. La guérison proprement dite, caractérisée par la coloration des gardes-robes et la disparition de la biliverdine dans l'urine, a été obtenue en un temps variant de deux à huit jours. On peut admettre qu'on doit réussir en quatre à six jours, que l'ictère date de quelques jours ou de plusieurs semaines.

Chauffard a insisté aussi beaucoup sur ce fait que la désobstruction du cholédoque s'accompagne de polyurie et d'azoturie. L'élimination exagérée de l'urée tient au retour de la nutrition à son état normal, et la polyurie dépend à la fois et de l'azoturie, l'urée étant diurétique, et de l'augmentation de la tension artérielle générale qui résulte de l'action du lavement froid.

Le traitement par les lavements froids agit (Chauffard) en provoquant le

---

si quelques pays veulent dire et faire croire que la science française a perdu tout son éclat, le reste du monde a une meilleure opinion d'elle.

La tuberculose fait des ravages de plus en plus grands dans toutes les parties du globe, aussi bien en Norvège, en Grèce, en Turquie, en Asie Mineure, dans les deux Amériques, qu'en France; un savant français jette un cri d'alarme, fonde une sorte de ligue pour combattre le fléau, et aussitôt, et dans un temps très court, il nous arrive des alliés de Christiania et de Santiago, de New-York et du Caire, de Copenhague et de Lima, de Bristol, de Liège, d'Amsterdam, de Madrid, de Constantinople, d'Athènes, de Bucharest, etc.

La science française a donc encore quelque crédit à l'étranger; et d'ailleurs la part qui lui revient dans les progrès accomplis depuis le commencement de ce siècle, dans cette grave question de la tuberculose, est assez grande pour que notre œuvre ait inspiré confiance aussi bien aux étrangers qu'à nos compatriotes. En effet, que ceux qui ignorent l'histoire de ces progrès veuillent bien lire les premières pages de l'admirable traité de la *Phthisie pulmonaire* dont MM. Hérard, Cornil et Hanot viennent de publier la seconde édition; ils y verront que chaque pas en avant — sauf un seul — a été fait par un savant français : Laënnec, Villemin, Hérard et Cornil, Chauveau, Grancher, Thaon, Charcot, Toussaint, Dieulafoy, Hippolyte Martin, etc.; — il manque à notre liste le nom de Robert Koch, mais, comme le disent les auteurs si compétents que nous venons de citer, « on pourrait facilement montrer la grande part qui revient à Villemin et à Pasteur dans l'œuvre du savant Berlinois... » Imitons la générosité de ces auteurs, et

péristaltisme intestinal, le spasme réflexe des voies biliaires extra-hépatiques et peut-être une hypersécrétion réflexe de la bile. Il se produirait alors une véritable chasse biliaire. Paul CHÉRON.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juillet 1888.

Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaris, par M. H. LELOIR. — A côté de sa forme classique, le lupus vulgaire peut se présenter dans certains cas sous des aspects un peu particuliers, *atypiques*, et au point objectif clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

Ces variétés atypiques, non décrites encore, doivent, comme la forme classique, être considérées comme des tuberculoses atténuées du tégument.

Dans une *première variété*, les tubercules lupeux se présentent sous un aspect un peu vitreux, demi-opaque. Ils renferment parfois de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments du lupome. Lorsqu'on pratique des coupes dans ces nodules lupeux, on constate qu'ils sont constitués par des blocs colorés en jaune orange par le picro-carmin, d'apparence vitreuse et présentant les caractères de la dégénérescence colloïde.

Ces blocs ne sont autre chose que les parties centrales des follicules lupeux. Ils tranchent, par leur aspect jaune vitreux, sur les amas de cellules embryonnaires qui les entourent. Ils renferment, le plus souvent, une ou plusieurs cellules géantes très peu apparentes, dans lesquelles ou au voisinage desquelles on peut parfois, mais après de longues recherches sur un grand nombre de coupes histologiques, rencontrer de rares bacilles tuberculeux. Ces nodules lupeux sont presque totalement dépourvus de vaisseaux sanguins.

Les nombreuses inoculations expérimentales faites par M. Leloir (d'après la technique qu'il a indiquée dans son travail de 1884) avec des parcelles de ces nodules lupeux, ses recherches bactériologiques ont démontré que cette variété de lupus n'était autre chose qu'une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire. Cette variété est au lupus

---

« ne marchandons pas notre éloge à l'homme qui a apporté un appoint si considérable à la connaissance de l'une des plus terribles maladies qui frappent l'humanité ; » mais efforçons-nous de faire mieux encore.

Il est probable, Messieurs, que dans la troisième édition de ce livre seront signalés de nouveaux et importants progrès ; si leurs auteurs sont étrangers, nous ne leur marchanderons pas non plus notre reconnaissance; mais nous espérons fermement que parmi ces progrès viendront en bonne ligne ceux qui seront dus aux travaux, français ou étrangers, suscités par l'Œuvre et le Congrès de la tuberculose.

POTION CONTRE LA BRONCHITE. — Chéron.

Terpine	5 grammes.
Glycérine	ââ 70 grammes.
Alcool à 95°	
Sirop de miel	
Vanilline	0 gr. 2 centigr.

F. s. a. une potion, dont chaque cuillerée à bouche renferme 0 gr., 50 cent. de terpine. — Deux cuillerées par jour aux personnes atteintes de bronchite, pour diminuer et tarir l'expectoration. A cette dose, la terpine ne provoque aucun trouble des voie digestives, surtout si on la prend au moment des repas. — N. G.

vulgaire classique ce que la tuberculose colloïde du poumon, décrite par Grancher, est à la tuberculose vulgaire de cet organe. Il s'agit ici d'une variété particulière de lupus à laquelle on pourrait donner le nom de *lupus vulgaire variété colloïde*.

Dans une *deuxième variété*, le lupus se présente sous forme de tubercules transparents, mollasses, d'apparence un peu gélatiniforme. Ces tubercules sont en général parcourus par des vaisseaux sanguins ténus, faciles à voir et faciles à isoler, qui constituent à leur surface de fines arborisations vasculaires. Il existe parfois, à la surface de ces tubercules lupeux, de petits points transparents qui ne sont autre chose que de petits kystes renfermant une substance muqueuse, comme l'a montré l'examen histologique. Ces tubercules lupeux s'ulcèrent très difficilement et très rarement.

Dans cette variété, l'infiltrat lupeux est plutôt diffus. Les cellules embryonnaires qui le constituent sont disséminées irrégulièrement et d'une façon relativement peu dense dans le derme. Le tissu conjonctif dermique a perdu son apparence fasciculée, et présente plutôt l'aspect d'une substance demi-molle, un peu grenue, d'apparence gélatiniforme. Les fibres élastiques ont presqne totalement disparu. Ce n'est qu'avec peine que l'on retrouve en certains endroits des vestiges du tissu conjonctif dermique. En ces points, l'on peut observer souvent une dégénérescence muqueuse des cellules plates du tissu conjonctif. Sur les coupes colorées au picro-carmin, les cellules embryonnaires qui constituent l'infiltrât lupeux diffus tranchent par leur coloration rouge sur le tissu dermique altéré et coloré en jaune. Quelques-unes de ces cellules embryonnaires ont elles-mêmes subi la dégénérescence muqueuse. Elles ont de la tendance à se grouper autour des vaisseaux sanguins dilatés qui abondent dans ce tissu lupeux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles forment de gros amas, de gros nodules constituant le follicule lupeux caractéristique.

Dans ces très rares follicules lupeux, il est encore plus exceptionnel de rencontrer des cellules géantes. Il faut un grand nombre de coupes pour en trouver une ou deux. La recherche des bacilles y est des plus difficiles. Le plus souvent on n'en trouve pas. Il a fallu plusieurs fois pratiquer jusqu'à 60 coupes en série avant d'en trouver un ou deux; les bacilles se trouvent toujours dans les cellules géantes ou dans leur voisinage.

Contrairement à la variété précédente, ces tubercules lupeux sont parcourus par de nombreux vaisseaux sanguins, souvent dilatés. Il existe parfois aussi des hémorrhagies interstitielles qui se mélangent dans certains cas à la matière muqueuse des pseudo-kystes. Ceux-ci ne sont pas tapissés par un épithélium. Des lambeaux fibrineux sont quelquefois accolés à leurs parois.

Les inoculations expérimentales faites avec des parcelles de ces nodules lupeux et les recherches histologiques ont démontré que cette forme atypique de lupus vulgaire n'était autre chose qu'une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire.

C'est une variété *mucoïde* ou mieux *myxomateuse* du lupus vulgaire.

Dans une *troisième variété*, le lupus se présente sous une forme particulière décrite par M. Leloir, en collaboration avec M. E. Vidal, sous le nom de lupus scléreux.

Dans le travail publié en 1882, en collaboration avec M. E. Vidal, sur cette variété de lupus, M. Leloir a entrepris une série de recherches pour savoir si cette variété de lupus était d'essence tuberculeuse.

Il a pu ainsi, en inoculant un grand nombre d'animaux, reproduire des tuberculoses expérimentales inoculables en série. La date d'apparition de ces tuberculoses expérimentales est encore plus tardive chez les animaux inoculés avec le lupus scléreux que chez ceux qui sont inoculés avec le lupus vulgaire classique. D'autre part, de nombreux examens histologiques lui ont permis de s'assurer de l'existence de bacilles tuberculeux (très rares il est vrai, et encore plus rares que dans le lupus vulgaire classique) dans les cellules géantes situées au milieu des follicules lupeux non encore sclérosés, ou au voisinage de celles-ci. Dans deux cas, M. Leloir a trouvé un bacille tuberculeux au milieu d'un follicule lupeux presque totalement sclérosé.

Le lupus scléreux est donc aussi une variété atténuée de la tuberculose du tégument.

Il est bien, et au point de vue spécifique et au point de vue anatomique, au lupus vulgaire ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe.

Les trois variétés atypiques précédentes du lupus vulgaire, *variété colloïde*, *variété mucoïde* ou *myxomateuse*, *variété scléreuse* ne sont autre chose, de même que le lupus vulgaire classique, que des formes atténuées de la tuberculose du tégument. On peut dire atténuées, parce que ces formes ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre; parce que l'infection de l'animal en expérience se fait beaucoup plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai; parce que, parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de lupus, l'inoculation peut être négative.

Nouvelles recherches sur la toxicité des urines albumineuses, par MM. Teissier et Germain Roque. — « Notre travail vise exclusivement, parmi beaucoup d'autres, 65 expériences complètes et d'une rigoureuse exactitude. C'est sur elles que nous basons nos conclusions. Nous avons, d'après la méthode de M. Bouchard, injecté les urines d'un homme albuminurique dans la veine auriculaire d'un lapin, en opérant isolément sur les urines de la veille et sur celles du sommeil. Un chimiste expérimenté, M. Wolf, a pratiqué chaque fois le dosage minutieux des éléments importants de l'urine (albumine, sels, urée, acide urique, ammoniaque, azote total). Enfin, les urines d'un même malade ont été injectées à des époques éloignées, pour constater si à des phénomènes différents correspondaient des variations parallèles dans la toxicité de l'urine. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1888. — Présidence de M. E.-R. Perrin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée se compose des journaux et revues de la quinzaine.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remerciements de M. le docteur Frédet (de Clermont-Ferrand), nommé membre correspondant.

M. le Président est chargé, par M. de Beauvais, d'exprimer à la Société tous les regrets que cet honorable confrère éprouve de n'avoir pu assister aux dernières séances de la Société, retenu qu'il était par ses occupations professionnelles.

— M. le Secrétaire général a reçu, pour le concours du prix Duparcque, un mémoire intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les affections calculeuses de la vésicule et des canaux biliaires*. Ce mémoire, qui a pour épigraphe : « The Science is the Key to good practice », est arrivé dans les formes prescrites. Mais l'auteur paraît ignorer que le concours ne sera clos que le 30 juin 1889, et que le prix ne sera décerné qu'à la fin de 1889. Cependant les conditions du concours actuel ont été publiées dans plusieurs numéros de l'*Union médicale*. Il y aura lieu de leur donner une nouvelle publicité dans la presse médicale.

— M. Besnier présente à la Société une brochure intitulée : *De la typhlite stercorale chez les jeunes sujets en particulier et de la péritonite qui l'accompagne*. Ce travail, basé sur une observation de *typhlo-péritonite à début péritonéal* survenu chez un jeune garçon de 14 ans, et terminée par la guérison, a mené l'auteur aux conclusions suivantes :

Au point de vue anatomique, la typhlite stercorale peut prendre la forme phlegmoneuse. Dans cette forme, l'inflammation atteint la couche celluleuse sous-jacente à la muqueuse cœcale, et donne lieu à un véritable phlegmon qui se développe sans qu'il y ait nécessairement perforation intestinale, et se termine par suppuration ou gangrène. Même dans ce dernier cas, la guérison peut avoir lieu par l'élimination, par les garde-robes des parties sphacélées.

L'auteur discute ensuite les différentes affections qui ont été confondues avec la typhlite stercorale, telles que les phlegmons idiopathiques ou les pérityphlites primitives décrites par certains observateurs.

— M. Besnier montre également une pièce anatomique sur la nature de laquelle il est resté dans le doute : Une femme, qui prétendait avoir des bêtes dans le corps, a rendu à différentes reprises par le rectum des débris dont M. Besnier fait passer quelques

échantillons sous les yeux de ses collègues. L'opinion générale est qu'il s'agit de débris végétaux.

— M. Duroziez fait une communication sur les *temps du cœur*. (Sera publiée.)

Election. — M. Larroque est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues du 25 au 28 juillet 1888.

Mercredi 25. — M. Lesur : Des ruptures traumatiques de la vessie. (Président, M. Guyon.) — M. Chrétien : De la thyroïdectomie. (Président, M. Guyon.) — M. Linon : De la ligature au catgut dans le traitement des anévrysmes. (Président, M. Guyon.) — M. Rouchez : Claquement d'ouverture de la mitrale. (Président, M. Potain.) — M. Baisle : Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. (Président, M. Fournier.) — M. Sibilat : Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio. (Président, M. Fournier.) — M. Lanusse-Crousse : De la réunion immédiate sans drainage. (Président, M. Trélat.) — M. Payrau : Des conditions locales qui masquent le diagnostic de l'étranglement herniaire. (Président, M. Trélat.) — M. Gavilan : De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins. (Président, M. Trélat.) — M. Puech : Contribution à l'étude des hémiplégies chez les diabétiques. (Président, M. Damaschino.) — M. de Gorski : Quelques considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature. (Président, M. Damaschino.) — M. Davis : Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un même procédé. (Président, M. Damaschino.) — M. Bagon : Tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 26. — M. Archambault : De la trépanation primitive dans les fractures de la voûte du crâne. (Président, M. Richet.) — M. Semiac : Kystes à grains riziformes du poignet et de la main. (Président, M. Richet.) — M. Albournac : De l'influence de l'alcool sur la santé des enfants. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Lamiot : De la situation des fœtus et des œufs dans la grossesse gémellaire. (Président, M. Brouardel.) — M. Leuilleux : Le Soya hispida, sa valeur alimentaire et son indication dans le diabète sucré et comme moyen de sustentation dans les opérations à pratiquer chez les glycosuriques. (Président, M. Brouardel.) — M. Lamy : Contribution à l'hygiène navale. Les avisos de fleuves au Sénégal. (Président, M. Brouardel.) — M. Pessez : Essai sur les polyuries et les albuminuries d'origine nerveuse. (Président, M. Brouardel.) — M. Argueyrolles : Contribution à l'étude de l'œdème et de l'anasarque de nature rhumatismale. Coexistence de la dilatation de l'estomac. (Président, M. Bouchard.) — M. Gaiffe : Des phénacétines. (Président, M. Bouchard.) — M. Journiac : Du délire hypochondriaque (valeur séméiologique). (Président, M. Bouchard.) — M. Carrière : Du rétrécissement pulmonaire congénital chez l'adulte. (Président, M. Proust.) — M. Mercier : Fièvre typhoïde avec lésions prédominantes du gros intestin. (Président, M. Proust.) — M. Bories : Aperçu médical sur la Maison départementale de Nanterre. (Président, M. Proust.) — M. Lauzit : Aperçu général sur les écrits des aliénés. (Président, M. Ball.) — M. Pison : De l'asymétrie faciale dans l'épilepsie. (Président, M. Ball.) — M. Fouriaux : Contribution à l'étude du traumatisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale. (Président, M. Ball.) — M. Eymerie : Etude sur la dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte. (Président, M. Ball.) — M. Delacroix : Contributions à l'étude du strophantus. (Président, M. Laboulbène.) — M. Thibal : Sclérose tubéreuse ou hypertrophique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Pierre : Quelques considérations sur la présence des larves de la Lucilia hominivorax dans les fosses nasales. (Président, Laboulbène.)

Vendredi 27. — M. Laugier : De la dilatation du cœur dans les maladies aiguës. (Président, M. Potain.) — M. Jacquot : De l'infection tuberculeuse par voie génitale. (Président, M. Fournier.) — M. Jacquet : Des syphiloïdes papulo-érosives. (Prési-

dent, M. Fournier.) — M. Baudier : Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez les femmes. (Président, M. Fournier.) — M. Puig : De la fièvre et des complications dans la varicelle. (Président, M. Damaschino.) — M. Boisvert : Etude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique. (Président, M. Damaschino.) — M. Quiroga : Etude sur l'ulcère gastro-duodénal d'origine infectieuse. (Président, M. Damaschino.) — M. Jacob : Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne. Diagnostic des affections de la caisse du tympan. (Président, M. Damaschino.) — M. Champeil : Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. (Président, M. Guyon.) — M. Tournier : Essai sur les labiélites tertiaires. (Président, M. Guyon.) — M. Vanneufville : Etude clinique et expérimentale sur la néphrorraphie. (Président, M. Guyon,)

Samedi 28. — M. Vildermann : Signes et diagnostics des grossesses triples. (Président, M. Brouardel.) — M. Waynbaum : De différentes manœuvres employées pour dégager la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal et leur comparaison avec les applications du forceps. (Président, M. Brouardel.) — M. Dieudonné : Quelques cas de fausse gangrène du poumon. (Président, M. Brouardel.) — M. Causit : Du sourd-muet et de sa prédisposition à contracter la phthisie. (Président, M. Ball.) — M. d'Oger de Speville : Maladie de Morvan. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Fauvel : Etude de quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Vauthrin : Dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique du docteur Hénocque. Les applications à la clinique. (Président, M. Dieulafoy.)

COURRIER

Exposition universelle de Paris 1889. — *Congrès scientifiques :*

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international d'hydrologie et de climatologie : MM. Caulet, docteur, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Danjoy, docteur, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Fines, docteur, directeur de l'observatoire des Pyrénées-Orientales ; Japhet, docteur, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Lemoine (Georges), ingénieur en chef des ponts et chaussés, président de la Société météorologique de France ; Leudet, docteur, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Piche, président de la commission météorologique des Basses-Pyrénées ; Poincarré, inspecteur général des ponts et chaussées et de l'hydraulique agricole, vice-président de la Société météorologique de France ; De Ranse, docteur, correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Renou, directeur de l'observatoire météorologique du parc de Saint-Maur, vice-président de la Société météorologique de France ; Schlemmer, docteur, secrétaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris ; Tillot, docteur, correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du comité d'organisation du Congrès international d'hygiène : MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Bourneville, docteur, député ; Brouardel (Paul), membre de l'Académie, doyen de la Faculté de médecine ; Chautemps, docteur, conseiller municipal ; Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine, président de la Société de médecine publique ; Cornil, membre de l'Académie de médecine, sénateur, professeur à la Faculté de médecine ; Dubrisay, docteur, membre du comité consultatif d'hygiène ; Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil d'hygiène de la Seine ; Gariel, membre de l'Académie de médecine, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; Gavarret, membre de l'Académie de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène ; Grancher, professeur à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène ; Jacquot, inspecteur général des mines en retraite,

membre du comité consultatif d'hygiène ; Levraud, docteur, conseiller municipal ; Martin (A.-J.), auditeur au comité consultatif d'hygiène, secrétaire général-adjoint de la Société de médecine publique ; Mayer, conseiller municipal ; Monod (Ch.), directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur ; Napias, docteur, auditeur au comité consultatif d'hygiène, secrétaire général de la Société de médecine publique ; Nicolas, directeur du commerce intérieur au ministère du commerce et de l'industrie ; Peyron, directeur général de l'Assistance publique ; Pouchet (Gabriel), agrégé de la Faculté de médecine, auditeur au comité consultatif d'hygiène ; Proust, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires ; Siegfried, député ; Strauss, conseiller municipal ; Rochard, membre de l'Académie de médecine, ancien directeur du service de santé de la marine ; Trélat (E.), architecte, professeur au Conservatoire des arts et métiers ; Trélat (U.), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine ; Thévenot, trésorier de la Société de médecine publique ; Vallin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon ; Vaudremer, architecte, membre de l'Institut.

— Par décret, en date du 16 juillet 1888, le lazaret de Tatihou, près Saint-Waast-la Hougue (Manche), est affecté au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, en vue de l'installation d'un laboratoire de zoologie maritime, dépendant du Muséum d'histoire naturelle.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance de vendredi dernier, 20 juillet 1888, la construction de pavillons isolés à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau, pour les enfants atteints ou même simplement suspects d'affections contagieuses.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Bacquias, ancien député de l'Aube, décédé le 19 juillet, à l'âge de soixante-trois ans.

Centenaire de l'université de Montpellier en 1889-1890. — Les membres de l'enseignement supérieur de Montpellier ont résolu, à l'exemple de la ville de Bologne, de concert avec les membres de l'Académie des sciences et des lettres de cette ville, de fêter avec grande pompe, l'année prochaine, le sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier. Cette décision a été prise dans une séance plénière tenue récemment à la Faculté de médecine et la cérémonie a été fixée au commencement de l'année scolaire 1889-1890, c'est-à-dire pendant l'hiver qui suivra l'Exposition internationale de Paris. Il est certain que professeurs et étudiants des autres centres universitaires français seront invités à assister à ces fêtes ; et, d'autre part, il est plus que probable que les universités étrangères seront priées d'y envoyer des délégués. Nous souhaitons vivement que le prochain centenaire de Montpellier soit aussi brillant que celui qui vient d'avoir lieu à Bologne ; mais nous doutons fort que les rapières allemandes viennent montrer leur nez dans les rues de la capitale scientifique et littéraire du Midi.

(*Progrès médical*).

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 juillet 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Polaillon : Observation d'ovariotomie. — 2. Communications diverses. — 3. Election d'un secrétaire annuel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des anémies vraies.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

Dans le langage ancien, les quatre humeurs, dont la pondération constituait la crase normale, étaient le sang, la bile jaune, la bile noire et la pituite. Plus tard, les dyscrasies, après avoir été réparties entre la cacochymie et l'acrimonie, ont été encore, en 1846, l'objet d'une classification qui devait comprendre à peu près toutes les maladies générales (dont on rattachait invariablement l'origine à l'altération du liquide sanguin) et suivant laquelle Rokitansky faisait entrer dans le groupe des *hyperinoses* (excès de fibrine) les crases croupeuse, tuberculeuse et pyohémique, — dans le groupe des *hypinoses* les crases typhique, exanthématique, alcoolique et cancéreuse, — dans le groupe des *hydrémies* les crases chlorotique et anémique, — et dans le groupe des *septicémies* les crases gangréneuse et putride. Vous le voyez, messieurs, l'ancienne notion de dyscrasie ne peut plus être conservée dans son sens originel; car nous savons aujourd'hui que les altérations du sang ont leur source en dehors de lui, et qu'en outre, pour être durables, elles doivent être entretenues soit par l'apport renouvelé de quelque foyer infectieux, soit par le fonctionnement anormal de quelque tissu dont la structure a subi une modification matérielle, passagère ou persistante, qui peut être d'ailleurs, suivant les cas, plus ou moins appréciable pour l'anatomiste et le clinicien.

Mais nous savons aussi que les altérations du sang, si elles prennent leur source en dehors de lui, retentissent infailliblement à leur tour, lorsqu'elles s'établissent d'une manière durable, sur l'ensemble des parenchymes en raison même du rôle physiologique de ce liquide qui (chargé de porter aux divers tissus les principes de leur nutrition, de leur sécrétion, de leur innervation, de leur consommation fonctionnelle et de charrier en retour les déchets de toutes les combustions) joue un rôle essentiel dans tous les échanges organiques.

Aussi, avant d'étudier les altérations hématiques des anémies vraies (dont l'origine organique dans la moelle osseuse ou dans le foie est encore insuffisamment élucidée), nous devons examiner tout d'abord, parmi les éléments constituants du sang, ceux dont les fonctions subissent un trouble caractéristique dans les maladies en question. Dans le stroma des hématies, indépendamment de la globuline qui se coagule à une température un peu plus élevée que l'albumine et qui, associée à la nucléine, constitue le 7/10 environ de la masse du globule rouge, on trouve : des traces de ferment

diastatique, des matières excrémentitielles comme la lécithine et la cholestérine, des sels parmi lesquels prédominent les sels de potasse et les phosphates en particulier, de l'eau, et enfin une substance albuminoïde et ferrugineuse qui est cristallisable et qui donne au sang ainsi qu'à la chair musculaire leur coloration rouge. Le sang normal soumis à l'action d'une des nombreuses substances qui détruisent les globules, ou le sang dyspnéique perd, en s'évaporant, sa transparence et laisse déposer des cristaux de forme rhomboédrique chez l'homme et d'une couleur bleu rouge à la lumière directe, écarlate à la lumière réfléchie. On a calculé que, sous la pression d'un mètre, un gramme de cette hémoglobine, qui constitue l'organe respirateur par excellence, peut fixer 1 c. c. 202 d'oxygène; elle s'en charge ainsi partout où elle arrive au contact de ce gaz, mais elle en est séparée de nouveau partout où sa combinaison oxygénée arrive au contact de substances avides d'oxygène; aussi, après avoir cédé son oxygène aux organes, l'oxyhémoglobine passe à l'état d'hémoglobine réduite, caractérisée spectroscopiquement par une large bande noire occupant les trois quarts de l'espace D E de Frauenhofer et déplaçant un peu la ligne D vers la gauche; l'hémoglobine ne se reconstitue qu'en présence de l'air durant sa circulation intrapulmonaire; le sang ainsi artérialisé doit à l'oxyhémoglobine (qui est généralement soluble dans l'eau, mais qui est fixée à l'oxygène à l'état amorphe dans les hématies intactes) ses caractères spectroscopiques consistant dans la production de deux raies noires entre les lignes D et E. L'oxyhémoglobine, qui peut absorber la lumière jaune et orangée, rend le sang artériel clair et rutilant, tandis que l'hémoglobine réduite, incapable de transmettre la lumière jaune et ne laissant passer qu'une lumière où prédominent le rouge et le bleu verdâtre, donne au sang veineux son aspect foncé et terne.

On trouve encore, mais seulement dans les solutions de la matière colorante du sang, comme dans les urines hémorrhagiques ou les liquides des kystes sanguins, une autre combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène, suivant les mêmes proportions, mais suivant une texture moléculaire différente, et caractérisée par sa stabilité, qui résiste à l'action du pompage, et par l'apparition d'une raie noire au spectroscope, entre les lignes C et D accompagnée d'aures bandes plus diffuses. C'est la *métahémoglobine* qui caractérise certains poisons que j'appellerai poisons de l'hémoglobine, dont les types les plus usités et les plus dangereux sont le chlorate de potasse et l'antifébrine, qui est un toxique énergique n'ayant rien à démêler avec l'antipyrine inoffensive au point de vue du sang.

La combinaison de l'oxyde de carbone avec l'hémoglobine ou *oxycarbohémoglobine* fournit des cristaux d'un rouge bleuté, qui résiste à l'action d'un excès de soude suffisant pour brunir du sang artériel grâce à la formation de l'hématine; elle se caractérise par sa stabilité que ne peuvent vaincre ni le passage de l'oxygène ni le pompage, et par son image spectroscopique consistant dans la production de deux raies obscures analogues à celles de l'oxyhémoglobine, mais déplacées toutes deux vers la droite.

En traitant l'hémoglobine par les acides, les alcalis forts, ou l'ozone, on la sépare en une substance albumineuse analogue à la globuline et en une substance ferrugineuse, colorée comme l'hémoglobine; à la place de cette *hématine*, on peut recueillir, en opérant à l'abri de l'air, l'hémochromogène qui est moins oxygénée et de couleur pourprée. Si l'on fait agir sur le sang desséché du chlorure de sodium et de l'acide acétique cristallisé, le

chlorhydrate d'hématine se présente sous la forme de cristaux d'*hémine*, dont la coloration brune et la forme rhomboïdale sont assez caractéristiques pour servir à la recherche des *traces sanglantes* en médecine légale.

Un autre dérivé de l'hématine est l'*hématoïdine* qui, dans les foyers apoplectiques, dans les thromboses, partout où le sang extravasé est soumis à une décomposition graduelle dans l'organisme, se présente sous la forme de cristaux transparents d'un rouge de renard, rhomboïdaux ou prismatiques, et solubles dans le chloroforme, le benzol, le sulfure de carbone et les alcalis chauds. Identique à la *bilirubine*, on la retrouve aussi dans le sang après la transfusion d'hématies hétérogènes, dans l'urine au cours de l'hémoglobinurie périodique ou des maladies infectieuses et des ictères graves. Son produit de réduction, l'*urobiline* (qu'on peut obtenir en se servant du zinc et de l'acide chlorhydrique et qui s'observe dans les cas d'ictère bénin) fournit, en s'enrichissant d'eau et d'hydrogène, l'hydrobilirubine reconnue par Hammarsten dans la bile et les fécès normales et dans les urines des fébricitants.

Mais ce qu'il importe de savoir déterminer dans la pratique, surtout au point de vue nosologique qui nous occupe, c'est la *quantité d'oxyhémoglobine contenue dans une masse déterminée de sang* et la *durée de la réduction de l'oxyhémoglobine*. A l'aide de l'appareil diaphanométrique de Hénocque, — comprenant deux lames de verres, l'une émaillée et l'autre translucide, qui laissent entre elles un espace prismatique dont l'inclinaison est de 3/10, et portant des divisions spéciales, gravées sur la lame supérieure transparente, qui correspondent aux épaisseurs graduellement croissantes du liquide sanguin sous-jacent, — on détermine la quantité d'oxyhémoglobine, rapportée à 100 grammes de sang, par la simple lecture du chiffre au niveau duquel cesse la transparence à l'œil nu ou au niveau duquel apparaît le plus nettement dans le spectroscope (promené le long de la lame) l'image de l'oxyhémoglobine caractérisée par deux raies obscures que sépare une bande verte. Pour estimer la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, qui est de 70" à l'état normal, on observe à la lumière directe, avec le spectroscope, la phalange unguéale du pouce ou le lobule de l'oreille, et l'on note le temps qui s'écoule entre l'apparition des deux bandes obscures de l'oxyhémoglobine et la production de la bande unique de l'hémoglobine réduite. Le rapport de ces deux mesures ayant constamment fourni le chiffre 5, dans les limites des variations physiologiques, on prend pour unité de l'énergie de réduction, dans les recherches nosologiques, le produit de ce coefficient 5 par le rapport de la quantité d'oxyhémoglobine à la durée de la réduction. Cette mesure hémospectroscopique de l'activité des échanges, au sein des tissus, a fourni des résultats qui semblent conformes aux observations recueillies précédemment par M. Malassez à l'aide de la comparaison colorimétrique des solutions sanguines normales et pathologiques, ainsi qu'aux estimations comparatives des pouvoirs absorbants du liquide sanguin à l'égard de l'oxygène effectuées par M. Quinquaud en 1880, et aux analyses quantitatives du fer exécutées, antérieurement encore, par Becquerel et Rodier; elle permet aussi de constater que non seulement la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans un globule est loin d'être constante, mais aussi que le pouvoir colorant et respirateur du sang n'est pas toujours proportionnel au nombre des hématies, et qu'enfin l'activité des échanges est influencée nota-

blement par le fonctionnement plus ou moins énergique des tissus eux-mêmes.

Quant à la masse totale du sang, elle présente une tendance remarquable à un équilibre déterminé, et si elle subit une diminution temporaire sous l'influence de conditions des plus variables, elle revient toujours au douzième du poidsdu corps, pourvu toutefois que les limites de cette propriété régulatrice n'aient pas été dépassées. Ce retour à l'équilibre normal s'observe même à l'égard des proportions des divers éléments du sang. Chez les nouveau-nés, MM. Lépine, Germond et Schlemmer ont constaté, en 1876, une augmentation du nombre des globules proportionnelle à la diminution du poids (qui s'abaisse dans les premiers temps à la suite des pertes aqueuses résultant de l'excrétion intestinale, pulmonaire et cutanée), puis une diminution graduelle du nombre des hématies jusqu'au chiffre normal à mesure que le poids remonte, du 2e au 8e jour environ; or, tous les incidents pathologiques qui ont fait retomber accidentellement la ligne d'ascension du poids troublaient toujours en même temps et en sens inverse la ligne de descente (physiologiquement régulière) correspondante à la déconcentration globulaire, après quoi la teneur du sang en hématies et l'ascension physiologique du poids revenaient à peu près simultanément vers leurs chiffres normaux. Mais cette tendance réparatrice, qui s'observe aussi chez l'adulte, à l'égard des éléments constitutifs du sang, exige l'intégrité plus ou moins parfaite des organes hématopoiétiques, du système nerveux et probablement de tous les tissus en général; aussi est-elle beaucoup plus limitée chez les vieillards, chez les obèses et chez les cachectisés. En outre, en raison du temps nécessaire à ses processus de réparation, elle se restreint en quelque sorte elle-même, lorsque les pertes éprouvées par les éléments primordiaux du sang sont assez considérables pour retentir sur l'activité propre des divers tissus auxquels ils sont chargés de distribuer les apports nécessaires et aussi d'enlever tous les déchets inutilisables ou nuisibles.

Théâtre ou tout au moins aboutissant de toutes les mutations organiques, le sang ne peut être soustrait en quantité supérieure à 4 litres sans entraîner chez l'adulte un danger mortel; le sexe féminin offre toutefois à cet égard une tolérance un peu plus considérable que le sexe masculin; mais les enfants présentent à ce sujet une infériorité, d'autant plus accusée que la masse totale de leur sang est moindre; c'est pourquoi je proscris chez eux l'emploi des sangsues qui leur enlèvent chacune une quinzaine de grammes de sang.

I. LES ANÉMIQUES HÉMORRHAGIQUES

Cette ANÉMIE D'ORIGINE HÉMORRHAGIQUE OU ANÉMIE TOTALE (*en ce sens que les pertes portent sur l'ensemble des éléments constituants du sang*) se retrouve chaque fois qu'il y a une hémorrhagie abondante ou répétée; les hémorrhoïdes, les règles abondantes sont les causes les plus fréquentes. Elle a pour effets une diminution du nombre des hématies qui peut être abaissé de 5 millions à 2 millions et demi par millimètre cube de sang, une diminution correspondante de la fibrine, et une augmentation considérable du chiffre des leucocytes, qui non seulement ont éte retenus en partie dans les vaisseaux aux parois desquels ils adhèrent de plus en plus à mesure que le courant sanguin se ralentit, mais qui semblent alors versés en plus grande abondance par les lymphatiques et qui de 300,000 peuvent s'élever à près de 2 millions par millimètre cube. L'apport insuffisant de l'oxygène

a pour conséquence un affaiblissement de la *musculature cardiaque :* après une saignée de 96 grammes, la vitesse du courant se ralentit de 250 mm à 48 mm par seconde; la pression sanguine s'abaisse de 2106 à 1957 (et même jusqu'à 405 dans les hémorrhagies mortelles). *L'ischémie du cerveau* se manifeste par des scintillements, des bourdonnements, des syncopes, puis des convulsions; celle de la moelle entraîne l'affaiblissement puis la paralysie des muscles volontaires; celle du bulbe a pour conséquence l'arrêt des mouvements respiratoires.

Au cours d'une hémorrhagie mortelle, le *visage pâlit*, puis les lèvres et le nez se cyanosent, la peau se refroidit, les yeux et les joues s'excavent, les pupilles se dilatent, et à mesure que les sens s'obnubilent et que le pouls devient tremblotant, les nausées et les sueurs surviennent, suivies de l'excrétion involontaire des urines et des fèces, et le malade succombe, en réalité, à l'insuffisance de l'irrigation des centres cérébrospinaux, le sang restant accumulé surtout dans les vaisseaux de l'abdomen à mesure que ceux-ci cessent de se contracter par suite du défaut de stimulation innervatrice.

Quant à l'estimation de l'oxyhémoglobine, voici les résultats qu'elle fournit : tandis que chez l'individu sain la teneur du sang en oxyhémoglobine, — après avoir été extrêmement élevée depuis la naissance jusqu'au 10e mois et après avoir diminué jusqu'à l'âge de 5 ans pour remonter ensuite au chiffre normal de 13,77 p. 100 chez l'homme et de 12,59 p. 100 chez la femme et pour se maintenir à ce taux, une fois le développement accompli, de 21 à 45 ans, environ, — elle peut tomber chez les individus épuisés par l'hémorrhagie jusqu'à 4,5 p. 100. On trouve alors tous les signes de l'anémie tels que la décoloration, les souffles vasculaires, mais les causes de cette anémie imposent à la thérapeutique des conditions absolument nouvelles et distinctes des indications des autres anémies vraies, à plus forte raison, des indications opposées des pseudo-anémies.

BIBLIOTHÈQUE

INTUBATION DU LARYNX DANS LE CROUP, par L. JACQUES. — Paris, F. Alcan, 1888.

M. L. Jacques, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Marseille, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la méthode d'intubation du larynx préconisée par J. O'Dwyer (de New-York).

Dans un premier chapitre se trouve l'historique de la question : nous savons que la méthode proposée par M. Bouchut en 1858, sous le nom de tubage de la glotte, avait été abandonnée à la suite de l'opposition de Blache, Nélaton et Trousseau. Toutefois, M. Bouchut n'y avait pas complètement renoncé, puisqu'en 1878 il a encore fait un tubage sur une fillette de 18 mois qui a guéri. C'est en 1881 que O'Dwyer, ignorant, paraît-il, les essais de M. Bouchut, commença ses tentatives personnelles. Avec une très louable persévérance, il modifia sans relâche la forme et les dimensions de son appareil jusqu'à ce qu'il eût obtenu des résultats satisfaisants.

Dans un deuxième chapitre se trouvent énumérés les avantages et les inconvénients de la méthode. Puis vient le tableau de 47 observations de Francis Huber et le résumé du recueil statistique de Dillon-Brown, communiqué en juin 1887 à l'Académie de médecine de New-York.

Nous trouvons ensuite la description des instruments; tubes, applicateur, extracteur ouvre-bouche, avec une figure qui permet de se rendre un compte suffisant de leur construction. Suit la description très minutieuse du manuel opératoire, avec lequel M. Jacques s'est familiarisé, puisqu'il publie une douzaine d'observations personnelles. Enfin, les conclusions sont les suivantes :

L'intubation du larynx est moins difficile, plus rapide et moins dangereuse que la trachéotomie. Elle peut s'appliquer aux enfants de tout âge, mais rendra surtout des services pour les sujets ayant moins de 3 ans 1/2, chez lesquels la trachéotomie est d'une exécution difficile. N'exigeant pas de soins consécutifs spéciaux, elle conviendra particulièrement aux cas dans lesquels le milieu ne se prête pas à un traitement post-opératoire convenable.

Les médecins américains, qui intubent tous les petits malades atteints de dyspnée laryngée, quel que soit l'âge, malgré les complications et le collapsus, ont des résultats égaux aux meilleures statistiques de trachéotomie, où l'on choisit toujours plus ou moins les malades.

Une objection à faire à l'intubation est la difficulté de la déglutition assez fréquente, que de légères modifications à l'instrumentation pourraient diminuer probablement.

L'intubation ne doit pas faire disparaître la trachéotomie; les deux doivent se combiner. Le plus souvent, l'intubation suffira; mais, dans certains cas particuliers, la trachéotomie sera préférable, et même nécessaire.

L'intubation n'empêche pas plus que la trachéotomie la propagation de la diphthérie aux bronches.

Enfin, l'intubation est applicable à d'autres maladies du larynx que le croup : inflammation et spasme par cause passagère, mais assez intense pour menacer la vie, sténoses chroniques cicatricielles ou par tumeurs, œdème glottique par tuberculose ou albuminurie, etc.

La thèse de M. Jacques est venue fort à propos pour permettre à beaucoup de médecins désireux d'essayer l'intubation de le faire en s'éclairant de tous les renseignements nécessaires. Il faut féliciter son auteur. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Ascite chyliforme. — Traitement des fistules pyo-stercorales. — Présentation d'instruments. — Présentations de pièces : fibrome sous-péritonéal; exostose du rachis; lipome de 900 grammes chez un enfant de 2 ans.

M. Terrier, revenant sur la précédente communication de M. Terrillon, dit avoir observé la malade en question dans le cours de l'année 1887; elle avait été aussi examinée par Kœberlé en 1886. L'éminent chirurgien de Strasbourg étant resté hésitant sur le diagnostic, M. Terrier pratiqua une ponction et fit faire une analyse du liquide par M. Patein, actuellement pharmacien de l'hôpital Lariboisière. Celui-ci, s'appuyant sur les principes de la chimie biologique, trouvant le liquide plus dense, plus riche en matières solides que les liquides ascitiques, conclut à l'existence probable d'un kyste de l'ovaire. Ce liquide ne contenait alors ni graisse ni cholestérine. Ce sont des raisons du même ordre qui avaient fait penser à M. Terrillon qu'il ne s'agissait pas d'une ascite ordinaire.

Les ascites chyleuses sont bien une entité morbide spéciale, mais, quoi qu'en disent les chimistes, on doit trouver tous les intermédiaires entre le liquide ascitique ordinaire et ces autres liquides plus denses, sans qu'il s'agisse pour cela de kyste. Dans la *Revue de médecine* de 1884, M. Letulle rapporte un fait d'ascite chyliforme pour lequel il croit que les matériaux albuminoïdes et autres étaient dus à une régression d'exsudats antérieurs; ce serait un liquide résidual, reste d'une ascite d'origine inflammatoire en voie de disparition. En effet, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, il se fait une ascite; puis le liquide se résorbe et il peut arriver à un certain moment que ce liquide devienne plus riche en matériaux solides et contienne même de la graisse. Voilà pourquoi, dans une même maladie, le résultat de l'analyse du liquide peut être bien différent à un an d'intervalle.

Contrairement à l'avis de M. Terrillon, M. Terrier ne croit pas qu'il s'agisse d'une exsudation venant des chylifères; il pense que c'est plutôt une modification survenue dans le liquide primitif. M. Terrillon avait émis l'idée de faire une ponction, de donner des matières grasses au malade et de voir s'il en résulterait une modification chimique du liquide. M. Terrier croit une semblable recherche peu aisée d'une part, peu probante d'autre part, à moins de faire absorber des matières spéciales que la chimie puisse déceler sans crainte de confusion.

M. Tillaux fait observer que l'analyse chimique en pareil cas n'a guère d'intérêt et qu'il n'en faut pas tenir compte. Il a eu, avec M. Preugrueber, à faire un diagnostic chez une femme pour affection abdominale obscure. On fit une ponction dont M. Méhu analysa le liquide avec le plus grand soin; à plusieurs reprises, il crut pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'un kyste. L'opération fut faite et l'on trouva de l'ascite et une tumeur solide de l'épiploon, mais pas de kyste.

M. Terrillon a donné l'hypothèse qui lui a semblé la plus vraisemblable, mais il ne peut affirmer une rupture de chylifères qu'il n'a pas vue. M. Straus, à l'autopsie d'une ascite chyleuse, a trouvé cette rupture; il y avait ici un rapprochement à faire.

Dans ce cas, la graisse était à l'état d'émulsion et on ne voyait point de gouttelettes à l'examen microscopique. Cet état des matières grasses n'indique pas qu'il s'agisse d'une transformation. Il y a trois ans, il a eu à faire une incision exploratrice sur une malade de la Salpêtrière; c'était une ascite purulente, un véritable abcès du péritoine remontant à sept ou huit mois. Là on trouvait des globules blancs granuleux et l'aspect du liquide était bien différent. D'autre part, l'affection de la malade en question remonte à huit ans, et on ne conçoit guère une affection inflammatoire compatible avec la vie et durant un temps aussi long. L'hypothèse de lésion lymphatique est plus satisfaisante, mais elle ne s'appuie, il est vrai, sur aucune preuve.

M. Quénu : M. Tillaux a tort de refuser toute valeur aux analyses chimiques qui ne sont pas sans donner de bonnes indications dans la plupart des cas. Quand les matériaux fixes s'approchent de 100 grammes ou dépassent ce chiffre (M. Méhu a donné celui trop faible de 70), on a de grandes probabilités pour qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'une tumeur végétante ou d'un kyste multiloculaire ouvert dans la péritoine.

M. Terrier est de l'avis de M. Tillaux, sauf la restriction de M. Quénu; la ligne de démarcation donnée par les chimistes est purement empirique, et entre leurs deux types on voit tous les intermédiaires. Il est cependant des affections de diagnostic difficile donnant lieu à des liquides mal connus. En tant qu'hypothèse, l'explication de M. Terrillon est acceptable.

— M. Trélat avait récemment, dans son service, deux malades porteurs de *fistules pyo-stercorales*. Le premier, un jeune homme de 16 ans, avait eu un abcès de la fosse iliaque consécutif à la fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans ; à l'âge de 15 ans, il se produisit une fistule, très bénigne à la vérité puisqu'elle était fermée les trois quarts du temps. Comme plus de la moitié de ces fistules guérissent spontanément, il a été jugé préférable de ne pas intervenir.

Le second est un homme de 23 ans qui, à la suite d'une typhlite, eut des accidents diagnostiqués pérityphlite tant à l'Hôtel-Dieu que dans le service de M. Trélat. Rentré dans ce service au commencement de cette année, la tuméfaction s'ouvrit et il en sortit environ un verre de pus. Quelques jours après, on reconnut qu'il s'en échappait également des matières fécales, tant à l'état de mousse qu'à l'état de pâte. Comme le malade avait de la fièvre et s'émaciait, il fallut intervenir.

De l'étude de 17 cas analogues, par lui rassemblés, M. Trélat a tiré les conclusions suivantes; ces fistules sont difficiles à opérer :

1° Lorsqu'il y a des adhérences péritonéales très étendues, comme à la suite de suppurations péri-utérines ayant fini par ulcérer l'intestin;

2° Lorsque le trajet fistuleux est très long, très sinueux et qu'on ne peut prévoir ses détours, comme lorsque l'affection a pour point de départ un corps étranger du cœcum;

3° Lorsque les ouvertures sont multiples.

Comme chez ce malade, rien n'indiquait de semblables difficultés, M. Trélat fit d'abord une large ouverture de la poche, suivie de nettoyage, grattage et inspection des parois. En un point, il aperçut un petit diverticule qu'il « caressa » avec le bistouri. Il pénétra ainsi dans la cavité abdominale et reconnut l'ouverture intestinale à la collerette formée par la muqueuse. L'intestin fut alors libéré de ses adhérences, amené à l'extérieur et fermé à l'aide de deux plans de sutures, l'un profond, comprenant neuf points, et le second supérieur, formé de onze points.

Etant données les altérations de la paroi abdominale, on fut obligé de la fermer en prenant toute son épaisseur dans les sutures comme dans une ovariotomie; des drains formés d'une mèche de gaze iodoformée furent laissés dans les angles de la plaie pendant les premiers jours. Dès le cinquième jour, le malade alla à la selle et il guérit très bien.

C'est, à la connaissance de M. Trélat, le cinquième cas de guérison post-opératoire; dans les quatre autres, on a d'abord eu un insuccès, ce qui est dû à ce qu'on a essayé de clore l'orifice intestinal par une autoplastie. On n'a réussi que lorsqu'on s'est décidé à libérer l'intestin et à le suturer.

Voici la règle de conduite que propose M. Trélat pour le traitement des fistules stercorales : ouvrir, déterger, examiner; puis, s'il y a un seul orifice non entouré de parties indurées largement adhérentes, disséquer cet orifice, ouvrir la cavité peritonéale avec les précautions nécessaires pour empêcher les écoulements de matières stercorales, libérer l'intestin et suturer. Si on ne voit pas l'orifice, s'il est trop large ou multiple, on bourre la cavité avec de la gaze iodoformée; elle bourgeonne, et huit jours, quinze jours, trois semaines plus tard, on fait une nouvelle inspection suivie d'opération, si elle semble possible. Si les difficultés sont trop grandes, on emploie alors le procédé conseillé par MM. Verneuil et Duplay, c'est-à-dire la cautérisation répétée de l'infundibulum pour en amener le rétrécissement cicatriciel.

M. Tillaux s'étonne que M. Trélat ait fait deux rangs de sutures et qu'il ait traversé la muqueuse, alors que tout le monde est d'avis de se borner à la suture de Lemberg, ne traversant pas toute la paroi intestinale.

M. Trélat ne défend pas ses deux rangs de sutures; s'il a suturé à part la muqueuse, c'est uniquement pour rapprocher les bords de la plaie intestinale trop éloignés. C'est une simple préparation à la suture de Lemberg, destinée à la rendre plus facile.

— M. Monod présente une collection d'instruments tout en métal, et sans soudures, fabriqués par M. Luer.

— M. Marchand présente un volumineux *fibrome sous-péritonéal* de la paroi abdominale; il a 30 centimètres de long sur 28 de large; il s'est développé en vingt-sept mois.

Dans l'opération, le péritoine a été dénudé sur une grande étendue et il s'est produit deux déchirures dont l'une avait 10 centimètres. Il y a eu d'abondantes hémorrhagies veineuses qui n'ont pu être arrêtées que par la compression directe.

— M. Richelot présente, au nom de M. Closmadeuc (de Vannes), une portion de colonne vertébrale provenant d'une sépulture du XIIe siècle; cinq des vertèbres dorsales sont soudées par une exostose commune; trois vertèbres lombaires ont aussi de petites exostoses. M. Closmadeuc demande s'il ne s'agirait pas de syphilis.

M. Kirmisson repousse cette hypothèse; des exostoses de ce genre se voient souvent sur les cadavres de vieillards. Ces lésions tiennent à l'âge ou au rhumatisme.

M. Tillaux est du même avis; c'est une simple ossification du grand surtout ligamenteux.

M. Quénu et M. Terrier contestent même le terme d'exostose appliqué à ce cas.

— M. Quénu présente un *lipome*, dont le début a été observé sur un enfant dès l'âge de 2 mois, à la région de l'aisselle. A 3 ou 4 mois, il descendait jusqu'à la partie moyenne du bras. L'opération, d'abord repoussée par les parents, a été enfin récemment acceptée; l'enfant a aujourd'hui 2 ans. Ce lipome allait du mamelon au coude,

englobant tout le bras. La dissection de la tumeur a été très pénible, car le plexus brachial était englobé et dissocié. Les ligatures ont été nombreuses et, entre autres, on a dû lier une artère du volume au moins de l'humérale. L'enfant va néanmoins bien, et sa main reste chaude. La tumeur pesait 900 grammes.

— La Société entre en vacances et s'ajourne au mois d'octobre. — P. C.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séances du mois de mai 1888.

M. le docteur P. CHÉRON a communiqué un cas d'*atrophie musculaire de la cuisse* probablement par paralysie radiculaire. Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, étant surpris sans abri à proximité par une pluie abondante, descendit très rapidement une colline escarpée. En bas, il fut obligé de s'arrêter et de se faire soutenir par un garde. Il n'avait cependant senti aucune douleur ni à la cuisse, ni au genou, mais la marche lui était devenue très difficile par suite de la faiblesse de sa jambe. Pendant quelque temps, la sensibilité au toucher et à la douleur fut diminuée, mais elle revint peu à peu, tandis que l'atrophie s'accentuait. Le malade se soumit à des traitements variés, dont les principaux furent le massage et l'électrisation par les courants constants.

Lorsqu'il vint à Paris, on le trouva dans l'état suivant : la cuisse droite, malgré une lipomatose assez forte, était notablement diminuée de volume à la vue et à la mensuration, la sensibilité étant intacte; il n'y a aucune douleur à la pression, ni spontanément. A l'exploration électrique par les courants induits, la plupart des muscles répondent mal et ne se contractent qu'avec un courant intense. Les plus atteints sont les deux vastes et le droit antérieur; ensuite vient le tenseur du fascia lata, puis le biceps et les adducteurs, qui sont le moins frappés. Le malade paraît avoir eu sur le triceps la réaction de dégénérescence. Actuellement, l'excitabilité galvanique est très diminuée.

A la fesse, le grand fessier est très atrophié; il en est probablement de même du petit fessier; à la jambe, il y a une légère diminution de volume du mollet, qui répond cependant très bien à l'excitation électrique; il ne faut pas oublier, du reste, que le malade marche avec une canne et que le poids du corps repose presque entièrement sur le membre sain. La température du membre est abaissée, mais il n'y a pas de troubles trophiques. Le malade peut assez facilement fléchir la cuisse sur le tronc; le psoas iliaque est donc peu atteint; il monte très difficilement par suite de l'atrophie des fessiers. En fait, les muscles atteints sont très atrophiés, mais conservent encore une partie de leurs fibres, puisque la plupart des mouvements peuvent s'exécuter au moins partiellement. C'est ainsi, par exemple, que, malgré l'atrophie du triceps à travers lequel on sent facilement le fémur, M. X... peut encore soulever sa jambe au-dessus du plan du lit, tout en étant forcé de la laisser retomber au bout de peu de temps.

Les muscles frappés sont innervés par le crural (triceps, couturier, psoas iliaque) et par le plexus sacré. Ce dernier compte parmi les branches atteintes, les deux nerfs fessiers (muscles fessiers, tenseur du fascia lata), et enfin probablement des branches collatérales du sciatique (biceps et adducteurs, ces derniers muscles étant les moins frappés.

M. Chéron repousse la possibilité d'une lésion médullaire à cause de l'unilatéralité de la paralysie, de l'absence des troubles de la miction et de la défécation, de l'anesthésie ayant son siège du côté paralysé, de la diminution des réflexes, etc. Il lui semble donc que l'on ne peut admettre que l'hypothèse d'une paralysie périphérique. Cette paralysie, d'après la distribution des muscles atteints, ne peut siéger bas sur le trajet des nerfs. La dissociation des filets nerveux frappés indique, au contraire, que la lésion ne peut guère se trouver qu'au point où les filets supérieurs du plexus lombaire et supérieurs du plexus sacré ne sont pas encore réunis en cordons nerveux bien séparés; qu'en un mot, il s'agit là d'une paralysie radiculaire.

Quelle est la nature de la lésion? Ici on ne peut guère faire que des hypothèses? Probablement qu'au moment de la course rapide qu'a faite le malade sur un terrain très incliné, il s'est produit de la distension des nerfs.

Le traitement a surtout consisté dans l'application des courants continus, et l'excitabilité des muscles augmenta rapidement lorsque le malade est retourné chez lui.

M. Groussin a donné lecture d'une intéressante observation portant pour titre : *Cas de constipation opiniâtre datant de vingt-cinq ans.* Vingt jours sans selle. Accidents simulant l'étranglement interne; imminence de mort. Guérison après irritation du rectum par le curage nécessité par l'évacuation des matières.

M. Huchard a fait connaître une *forme spéciale de congestion pulmonaire au début de la rougeole.* Il rapporte deux cas dans lesquels l'éruption, étant bien sortie, il se produisit une éruption intense, généralisée, avec râles fins du haut en bas des deux poumons. Cette *fluxion* pulmonaire s'est peut-être produite parce que les malades étaient des arthritiques; il est, en effet, probable que, dans les pyrexies, la prédisposition diathésique du sujet joue un grand rôle dans la production d'accidents anormaux.

M. Huchard appelle l'attention sur l'emploi des injections hypodermiques de caféine comme tonique général, comme tonique cardiaque et comme diurétique. Elles remplacent très avantageusement les injections d'éther qui sont seulement excitantes. Toutes les fois que, dans les pyrexies et dans les maladies aiguës, le cœur vient à faiblir et que l'urination diminue, il les prescrit à la dose de 1 à 5 gr. par jour, chaque injection renfermant de 0,20 à 0,25 centig. de caféine. Il faut employer la solution suivante, dont on injecte une seringue de Pravaz trois ou quatre fois par jour : caféine, 2 gr.; benzoate de soude, 3 gr.; eau distillée, 6 gr. (faire la solution à chaud).

La difficulté du diagnostic des tumeurs liquides de la mamelle a fourni à M. Schwartz le sujet d'un important travail, dans lequel il a insisté sur ce point que la ponction avec une seringue de Pravaz peut ne pas laisser échapper de liquide.

Nous avons encore à signaler un mémoire de M. Courtade sur les *bons effets de la saignée dans la dilatation cardiaque des polysarciques.* Il y montre que la saignée est très importante dans les maladies du cœur, surtout quand il y a hypostase veineuse marquée et que cette saignée doit être abondante. Il se produit un barrage circulatoire qui gêne le cœur dans ses mouvements et rend inutile, tant qu'il persiste, l'effet de tous les médicaments. Tant que pendant la saignée on voit s'écouler un sang noirâtre, épais, non oxygéné, on pourra continuer la saignée et aller facilement jusqu'à 550 grammes. Quand le sang devient plus clair, plus fluide, il vaut mieux s'arrêter à 300 ou 350 grammes. Le sang qu'on retirerait alors ne ferait qu'anémier le malade. On devra prendre en considération l'adipose plus ou moins prononcée, enfin la saignée réussira d'autant mieux que le myocarde sera moins atteint.

Par quels moyens la saignée arrive-t-elle à produire les résultats que l'on observe? Elle fait d'abord sentir ses effets sur le cœur et le système vasculaire.

La contraction du cœur se fait avec plus de force parce que :

1° L'obstacle formé par l'hypertension veineuse est levé ; de plus, la quantité de sang étant moins grande, le cœur peut plus facilement régulariser la circulation ;

2° Le cœur se contracte mieux parce que le sang contient moins d'acide carbonique et plus d'oxygène.

Quand, comme chez les cardiaques, la tension artérielle est faible et la veineuse forte, la saignée augmente la tension artérielle au lieu de la diminuer.

Terminons en signalant la communication de M. Cadet de Gassicourt sur *l'empoisonnement d'un enfant de 29 jours par l'oxyde de carbone (poêle Choubersky).* Cette observation prouve que le poêle en question peut être fort dangereux quand les conditions d'aération complète ne sont point réalisées. Il fallut nourrir l'enfant par la sonde œsophagienne. On ne saurait trop approuver ces paroles de l'éminent médecin : « Je serais heureux si cette simple histoire contribuait à dégoûter quelques personnes de ces poêles mobiles qui ont déjà causé tant et parfois de si irréparables malheurs. »

P. C.

FORMULAIRE

Pommade pour pansement antiseptique.

Iodoforme	2 gr. 50.
Essence d'eucalyptus	20 grammes
Paraffine	50 —
Vaseline	50 —

F. s. a. une pommade pour le pansement antiseptique des plaies et des ulcères.

N. G.

COURRIER

L'ouverture du concours, pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1889 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 22 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre, inclusivement.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1888 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1889, aura lieu le vendredi 19 octobre, à midi précis. — Le nombre de places à donner sera porté, avant cette date, à la connaissance des candidats.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre, inclusivement.

Hospices civils de Marseille. — Un concours public sera ouvert à l'hôpital de la Conception, le lundi 26 novembre 1888, à trois heures du soir, pour une place de chirurgien-adjoint à la Maternité des hôpitaux de Marseille.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

— Le lundi 3 décembre 1888, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille un concours pour 5 places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre 1888, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 5 places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 27 août 1888, à trois heures de l'après-midi dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'adminis-

tration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 20 août inclusivement.

Nécrologie. — Nous annonçons avec tristesse la mort d'un de nos confrères les plus estimables et les plus aimés. Le docteur Jean Jourjon, médecin du bureau de bienfaisance et médecin inspecteur des écoles du XIIe arrondissement, médecin et secrétaire du service médical de la Cie P.-L.-M., est mort en quarante-huit heures d'une congestion cérébrale et pulmonaire, à l'âge de 50 ans.

Jourjon était d'un aspect assez rude. Il le devait aux longues difficultés qu'il avait eues à surmonter dans l'âpre lutte pour l'existence ; il le devait aussi à son caractère essentiellement loyal qui ne consentait jamais à faire la moindre concession aux hypocrisies et aux mensonges que nous rencontrons si souvent dans la vie. C'était un bourru, mais c'était le type le plus élevé du bourru bienfaisant. C'était aussi l'esprit le plus délicat qu'il nous ait été donné de connaître. Toutes les fonctions qui lui ont été confiées ont ont été remplies avec un dévouement au-dessus de tout éloge. Les pauvres de sa circonscription du bureau de bienfaisance perdront en lui non seulement un médecin fort instruit, mais un véritable bienfaiteur chez lequel la bourse s'est toujours ouverte beaucoup plus en proportion de son cœur qu'en proportion de ses moyens.

Nul n'a pratiqué mieux que lui les devoirs entre confrères. Il appartenait à toutes les sociétés confraternelles déjà existantes et il a contribué pour la plus grosse part à en créer deux autres : la Réunion amicale des médecins du XIIe arrondissement, qui a rendu beaucoup de services dans l'est de Paris, et l'Association des médecins de la Cie P.-L.-M., dont il était le trésorier.

Si Jourjon a pu faire quelques mécontents par sa brusquerie et par son indomptable franchise, d'autre part le nombre est grand des confrères qui, le connaissant mieux, avaient pour lui une vive et sincère affection.

Ses obsèques ont eu lieu la semaine dernière. Si tous ceux, confrères ou malades, qu'il a obligés de tant de manières assistaient à ses funérailles, il y a eu foule dans le cimetière de Charenton, où il a été porté.

Jourjon laisse quatre tout jeunes enfants; un cinquième va naître ces jours-ci !

A. Chevallereau.

Un homme a queue. — Un paysan de 23 ans, robuste et bien conformé, vint consulter M. Piatnizky pour l'infirmité congénitale suivante :

Dans le sillon interfessier on constate une tumeur molle, de forme cylindrique, longue de 7 et large de 2 centimètres, et recouverte de poils assez longs et touffus, de couleur châtain. Cet appendice, qui ressemblait en tous points à une queue, continuait directement le coccyx et recouvrait un peu l'anus, fut amputé et soumis à l'examen histologique. A part les éléments de la peau et les poils, il était composé d'un stroma de tissu conjonctif, de vaisseaux (les artères se distinguaient par l'épaisseur de leur tunique musculaire), d'un paquet de nerfs situé au centre et de fibres musculaires striées, disposées en trois faisceaux dans chaque moitié de l'appendice. Comme la plupart de ces fibres avaient subi la dégénération graisseuse, on peut en conclure que les muscles étaient beaucoup plus nombreux à l'origine et s'étaient peu à peu atrophiés. Le seul fait de l'existence de fibres musculaires striées suffit pour prouver qu'on avait affaire ici à une *queue véritable* et non pas à une excroissance caudiforme de la peau. (*Médicinskoïé Obozrénie* et *Annales d'orthopédie*, 15 juillet 1888.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Études thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille

Par le docteur LOEWENBERG (1).

Dans différents travaux publiés en 1880 et en 1881 (2), j'ai utilisé pour la pathogénie et la thérapeutique du furoncle la découverte de sa nature parasitaire que venait de faire M. Pasteur, et que mes recherches avaient confirmée quant aux clous de l'oreille externe.

Les résultats de mes investigations et de mes réflexions, tels que je les exposais alors, peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Le furoncle est causé par une infection microbienne provenant des milieux extérieurs; l'invasion a lieu par les conduits excréteurs des follicules cutanés.

2° L'apparition successive de furoncles chez le même individu, — fait d'observation journalière, — provient de l'auto-contagion qui s'opère par le transport des coccus au niveau de la surface cutanée.

3° Le même processus peut propager l'affection d'une personne à une autre ou à plusieurs autres; le furoncle est donc contagieux.

4° L'invasion des microbes dans le torrent sanguin, accident rare, amène des complications internes (abcès métastatiques) dans certains cas d'anthrax et même de furoncles, et se termine souvent par la mort.

Plusieurs années après ces publications, les recherches intéressantes de M. Garré (de Bâle) ont prouvé d'une façon expérimentale la justesse absolue de mes assertions telles que je viens de les résumer, sans que, cependant, celles-ci aient été mentionnées ni par cet auteur ni par beaucoup d'autres confrères étrangers. Par contre, j'ai eu la satisfaction de les voir reproduites et appuyées dans toutes les publications françaises traitant ce sujet qui ont paru depuis 1881, par exemple, l'ouvrage de MM. Cornil et Babès (3), l'intéressant travail de M. Gingeot (4), le savant traité de M. Hallopeau (5), etc., etc.

(1) D'après une communication faite au neuvième Congrès médical international. (Washington, 1887).

(2) B. Loewenberg : *Recherches sur la présence de micrococcus dans l'oreille malade ; Considérations sur le rôle des microbes dans le furoncle auriculaire et la furonculose générale.* Note présentée par M. Marey, au nom de l'auteur, à l'Académie des sciences (*Comptes rendus*, 1880, p. 555 et 556).

Du même auteur : *Le furoncle de l'oreille et la furonculose* (*Progrès médical,* 1881). Paru en brochure, Paris, 1881, 46 pages. Les citations faites dans le présent travail se rapportent à ce tirage en brochure.

(3) Cornil et Babès : *Les bactéries*, etc., deuxième édition, 1886, p. 294, 295, etc.

(4) Gingeot : *Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1885).

(5) Hallopeau : *Traité élémentaire de pathologie générale*, 1884, p. 197.

Basé sur mes recherches concernant la nature microbienne du furoncle, j'ai rejeté complètement le traitement émollient de cette affection, traitement classique jusqu'alors. Je regardais, en effet, cette méthode thérapeutique comme absolument contraire au but à poursuivre en ce que son emploi ne pouvait que favoriser la pullulation des coccus et par conséquent l'accroissement d'un furoncle et sa multiplication par auto-contagion. Toujours dans le même ordre d'idées, je proposais déjà en 1881 de la remplacer par une autre méthode de traitement de nature antiseptique ou antibactérique, destinée, non seulement à faire avorter l'affection à son début, mais aussi à en prévenir le retour.

Les lignes suivantes contiendront l'exposé de cette méthode, des modifications que j'y ai apportées, et des résultats excellents qu'elle n'a cessé de me donner depuis huit ans.

Après avoir essayé différents antiseptiques, je me suis borné, de plus en plus, à appliquer aux furoncles et spécialement à ceux de l'oreille, la méthode curative que j'avais imaginée bien antérieurement pour le traitement de l'otorrhée (1), méthode pratiquée par moi depuis des années avec le meilleur succès contre cette affection et adoptée par nombre de confrères. *C'est l'usage de solutions alcooliques d'acide borique.* Les deux substances ainsi combinées exercent une action antiseptique puissante, et sont, de plus, d'un emploi absolument inoffensif. J'ai déjà insisté sur le premier de ces deux points dans des travaux antérieurs (2) auxquels je suis obligé de renvoyer en ce moment. Quant au second point, les deux corps en question n'exercent sur la surface cutanée aucune action irritante et nous pouvons et devons d'emblée employer contre les furoncles la solution alcoolique saturée d'acide borique *non étendue d'eau* pour ne pas l'affaiblir.

Je rappellerai à ce propos que j'ai déjà formulé la même recommandation pour le *traitement de l'otorrhée* et je saisis l'occasion d'insister de nouveau sur ce point, ayant appris, par différentes publications, que des confrères qui ont adopté ma méthode de combattre l'écoulement purulent de l'oreille, se servent de solutions plus ou moins étendues d'eau. Si cette manière de faire peut être admise à la rigueur lorsqu'il s'agit d'une otorrhée avec très grande perforation du tympan, ce ne saurait être qu'au début du traitement et encore faut-il renforcer la solution de plus en plus à chaque instillation nouvelle pour passer le plus rapidement possible à l'emploi du médicament pur. (J'emploie, dans cette affection exclusivement la solution *sursaturée* d'acide borique dans l'alcool dont j'ai le premier proposé l'usage) (3). Par contre, le remède peut et doit être appliqué d'emblée sans mélange contre les furoncles, même ceux de l'oreille. Cela va de soi pour la surface cutanée en général qui n'est, bien entendu, nullement sensible à l'alcool ni à l'acide borique, mais cela se comprend aisément pour le furoncle auriculaire aussi si l'on considère que dans cette affection nous n'avons plus affaire, comme dans l'otorrhée (qui implique toujours la perforation de la membrane du tympan), à la muqueuse de la caisse, si sensible chez certaines personnes, mais à des parois revêtues d'*épiderme*.

(1) B. Loewenberg : *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens dans l'otorrhée et sur les indications thérapeutiques à déduire de leur présence* (*Archives of Otology*, vol. X, et *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, vol. X, 1881).

(2) B. Loewenberg : *Loc. cit.*, et dans le travail intitulé : *De la nature et du traitement de l'ozène* (*Union médicale*, 1884).

(3) Voir *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens*, etc.

Celui-ci recouvre, en effet, non seulement l'intérieur du conduit auditif, mais aussi la face externe de la membrane du tympan, et, si je rappelle ce détail anatomique, c'est parce qu'on parle quelquefois d'une *muqueuse* tapissant ces parties.

Il s'agit, dans les cas de furoncles, d'agir vite et énergiquement ce que, évidemment, des solutions fortes peuvent seules effectuer, et de frayer au liquide médicamenteux l'accès des canalicules folliculaires, le principe de ma méthode de traitement étant de faire suivre au remède le même chemin que les microbes pathogènes ont suivi, à savoir le conduit folliculaire même.

Or, ce dernier résultat ne saurait être obtenu en temps utile qu'avec des liquides fortement alcooliques, ainsi qu'il ressort des considérations suivantes : les conduits dans lesquels nous voulons faire pénétrer le médicament anti-furonculeux sont extrêmement fins et possèdent des *parois enduites de graisse. Or, nous savons que dans des tubes capillaires à parois grasses le niveau d'un liquide aqueux baisse, tandis que celui d'un liquide alcoolique monte*, en vertu de l'affinité chimique de l'alcool avec les corps gras. En d'autres termes, celui-ci avance dans un tube capillaire à parois grasses, tandis que le liquide aqueux y recule.

Il est donc de toute évidence que les substances antiseptiques susceptibles d'être employées utilement en pareil cas pourront surtout pénétrer au *sedes morbi* lorsqu'on les emploie en solution fortement alcoolique. Il est à présumer, d'ailleurs, que ce processus s'accompagne de la dissolution successive, par l'alcool, du contenu graisseux même des follicules pilo-sébacés.

En vertu de sa constitution chimique, le liquide antibactérique que j'emploie est donc apte à pénétrer jusqu'aux coccus et à les attaquer énergiquement. Je pense que la présence de l'alcool dans certains autres remèdes recommandés également contre les furoncles, joue un rôle des plus importants quant à leur efficacité, autant par l'action antiseptique de l'alcool même que par sa propriété de pouvoir dissoudre les corps gras, propriété que je considère (comme on l'a vu il y a un instant) comme capitale quand il s'agit de frayer le chemin du follicule. Ceci s'applique par exemple à la teinture d'iode préconisée par M. Gingeot (*loc. cit.*), à l'alcool camphré, etc. (1). J'ai expérimenté moi-même des solutions alcooliques d'autres substances antiseptiques que de l'acide borique, et j'ai obtenu des succès avec le sublimé et l'acide phénique, par exemple. Je préfère cependant l'acide borique dans le traitement des furoncles de l'oreille parce que ce corps a sur ceux que je viens de nommer l'avantage de n'être point irritant, chose importante, étant donnée l'irritabilité exquise de la peau du conduit auditif (1).

Pour le même motif, je préfère les bains auriculaires avec une solution alcoolique d'acide borique aux *pulvérisations phéniquées* recommandées récemment par M. Verneuil (2). Ce mode de traitement constitue certai-

(1) Des *solutions aqueuses* ne pourraient, à mon sens, pénétrer dans ces canalicules à parois grasses à moins d'être fortement alcalines et, par là, aptes à dissoudre la graisse peu à peu, en la saponifiant, mais, outre que ce serait bien long, des liquides *alcalins* seraient, certes, les moins propres à attaquer les bactéries!

(2) M. Verneuil, dans l'importante communication faite à l'Académie de médecine (séance du 17 janvier 1887), s'exprime ainsi : « Jusqu'à nouvel ordre, et tout en reconnaissant que l'acide borique en particulier est un médicament fort recommandable dans le traitement du furoncle et surtout celui du conduit auditif, je crois que l'acide phé-

nement un progrès important pour les gros furoncles du corps en général, et surtout pour les anthrax; mais il me paraît peu apte pour l'oreille : outre l'action irritante de l'acide phénique sur la peau de cet organe, il y aurait encore un autre inconvénient : le jet du liquide pulvérisé ne pénétrerait guère jusqu'à un clou situé tant soit peu profondément, à cause de la forme tubulaire et coudée du conduit auditif, qui constitue un long boyau, terminé en cul-de-sac, et favorise, au contraire, l'emploi des bains auriculaires comme nous allons le voir immédiatement.

Tandis que l'application *prolongée* d'un liquide antiseptique, que je crois nécessaire pour faire avorter un furoncle, présente de grandes difficultés sur la surface du corps en général, on l'obtient au contraire aisément dans le conduit auditif sous forme de *bains d'oreille*. On s'y prend de la façon suivante :

L'alcool boriqué que j'emploie en solution saturée ou sursaturée est versé dans l'oreille au moyen d'un tube à essai, instrument à l'aide duquel je fais généralement instiller les liquides médicamenteux dans le conduit auditif. Comme l'alcool, seul entre tous les liquides, est supporté à froid par l'oreille, on n'a pas besoin de le chauffer préalablement; au cas où l'on voudrait le faire, on plongerait le tube qui le contient dans l'eau chaude ou bien on le tiendrait dans la main pendant quelque temps.

Pendant le bain d'oreille, le malade incline la tête tout à fait horizontalement vers le côté sain. De cette façon, l'axe longitudinal du conduit auditif, sa courbure à part, se place verticalement, et ce canal représente alors un tube fermé en bas par la membrane du tympan. Tant que cette position est gardée, le médicament est facilement conservé.

La stricte observation de cette attitude est d'autant plus importante que, seule, elle permet de tenir le conduit rempli jusqu'au bord, et de baigner ainsi des clous siégeant vers sa partie externe ou même dans le pavillon de l'oreille.

Les *instillations dans l'oreille ou bains auriculaires* constituant un mode thérapeutique des plus usités en otologie, non seulement pour le traitement des affections du conduit auditif et, en cas de perforation du tympan, aussi de la caisse, mais encore pour électriser l'organe de l'ouïe, d'après un des meilleurs procédés, je tiens à faire ressortir un point important concernant l'exécution de cette manœuvre, point que les auteurs ne mentionnent point. Le public trouve difficile, voire même impossible, d'instiller des liquides dans le conduit auditif de sorte que non seulement ils le remplissent en entier, mais y restent encore le temps voulu sans se répandre au dehors, et nombre de confrères m'ont dit avoir éprouvé les mêmes difficultés. Quant au premier point, on n'a qu'à *diriger le jet de liquide vers la conque de l'oreille et à le faire couler lentement dans le méat*. Que si on le dirige sur l'ouverture de ce canal, on y emprisonnera facilement des bulles d'air qui l'empêcheront de s'emplir complètement. Souvent, il est vrai, il suffit alors de tirailler le pavillon de l'oreille pour les faire partir, mais ce moyen échoue quelquefois.

Mais cela est de moindre importance que la difficulté qu'on paraît éprou-

nique employé en pulvérisation est encore supérieur, car je l'ai vu réussir jusqu'ici dans tous les cas où je l'ai mis aussi en usage. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 67 et 68). Et il ajoute en note : « On consultera avec fruit les intéressants travaux de M. le docteur Loewenberg. » (P. 68).

ver lorsqu'il s'agit de *conserver* le liquide pendant un certain temps dans le conduit auditif sans qu'il déborde et que ce canal se vide partiellement. Or, ce but aussi est aisément atteint pour peu qu'on ait soin de verser le remède doucement et de manière qu'il ne dépasse pas les bords de la conque; sans cela le méat se viderait en effet en partie. (Il me semble que dans ce cas le trop-plein qui déborde agit à la façon du liquide qui circule dans la grande *branche d'un siphon*). *Il faut donc, en instillant un liquide, le diriger vers la conque, et éviter, en outre, que son niveau ne dépasse les faces externes (supérieures dans cette position inclinée) du tragus et de l'antitragus.*

Lorsque l'installation est faite pour des furoncles du conduit auditif, le malade doit garder cette position au moins pendant dix minutes pour assurer un contact prolongé du liquide médicamenteux avec l'endroit malade. L'application sera répétée jusqu'à ce que le furoncle avorte. On reconnaît ce résultat à ce que les phénomènes inflammatoires cessent de progresser comme ils le font, au contraire, rapidement lorsque la maladie suit son cours, et à ce que les douleurs spontanées de même que la sensibilité caractéristique au contact aient disparu. Aussitôt ces deux effets obtenus, la cause est gagnée, le furoncle avorte.

Pour ce qui est du *traitement des furoncles siégeant autre part qu'à l'oreille,* l'application *prolongée* du liquide antiseptique offre plus de difficultés. Je procède alors de la façon suivante : une petite quantité de la solution alcoolique d'acide borique est versée dans un *tube à essai.* Après avoir appliqué le sommet du furoncle étroitement contre l'ouverture du tube, on retourne la partie malade de façon à ce que celui-ci se trouve renversé, et que son fond regarde en haut. Le clou se trouve ainsi sûrement baigné par le liquide. Cette manœuvre se pratique facilement avec des parties très mobiles, comme les extrémités par exemple, mais elle est d'une exécution difficile, impossible même dans certaines autres régions. Dans ces conditions, je fais saupoudrer les clous avec de l'acide borique finement pulvérisé, recouvert de coton absorbant qu'on arrose de temps en temps avec de l'alcool absolu. Dans les endroits enfin où tout cela est impossible, comme par exemple à l'*entrée des narines,* siège de clous assez fréquent (v. *loc. cit.*, p. 13), je pratique des badigeonnages répétés avec la solution alcoolique d'acide borique, et j'ai bien souvent obtenu l'avortement des furoncles nasaux par ce procédé.

Tant que le furoncle, auriculaire ou autre, est encore *fermé*, il suffit d'employer la *solution saturée* d'acide borique dans l'alcool le plus fort possible, mais aussitôt qu'il est *ouvert*, spontanément ou artificiellement, j'emploie une *solution sursaturée.* Je prescris par exemple :

R. Acide borique en poudre impalpable.......	20 grammes.
Alcool absolu..........................	100 —

Le mélange doit être agité avant chaque application.

J'insiste sur l'importance de cet excédent d'acide qui se dépose en poudre fine pour se dissoudre dans le pus à mesure qu'il est sécrété, et pour développer ainsi une action antiseptique *continue.* (J'ai déjà fait ressortir ce point lorsque j'ai proposé le même mélange contre l'otorrhée) (1).

(1) B. Loewenberg : *Recherches sur la présence et le rôle des cocco-bactériens dans l'otorrhée,* etc. Ed. Anglaise, p. 357, 1881.

L'*incision du furoncle* facilite ce traitement abortif, surtout, ce me semble, lorsqu'elle atteint précisément le conduit folliculaire. Pourtant, l'emploi de ce moyen, que je recommande pour les clous en général, est beaucoup plus sujet à caution quant à ceux de l'oreille en particulier. La conformation de cet organe rend d'abord souvent l'incision extrêmement difficile. Pour peu que le furoncle siège dans les parties profondes du conduit auditif, il devient souvent impossible de diriger le bistouri juste sur le centre du mal à cause du gonflement diffus qui le cache et de la nécessité d'opérer dans un tube étroit, vu en raccourci et d'un œil seulement. D'autre part, même lorsqu'on intervient au début du furoncle auriculaire, et que l'enflure n'est encore que peu prononcée, l'incision n'en est pas moins déjà extrêmement douloureuse, et le débridement qu'elle est destinée à effectuer n'amène souvent aucun soulagement ou ne produit qu'une détente passagère.

Comme, dans le stade initial, le pus commence seulement à se former, l'incision n'est pas suivie non plus, à cette époque, d'un écoulement appréciable de matières, ce dont il est bon de prévenir le malade ou son entourage avant l'opération. Mais il faut même quelquefois y revenir à deux fois, ne fût-ce que pour séparer de nouveau les lèvres de la plaie opératoire simplement agglutinées, à moins que l'introduction d'un stylet, manœuvre également très douloureuse, ne suffise pour les écarter l'une de l'autre.

Il ne faudra donc recourir à l'incision des furoncles auriculaires que lorsqu'ils siègent dans le pavillon ou peu avant dans le conduit, ou bien lorsqu'on a affaire à un clou situé plus profondément, seulement si son centre est nettement visible et facile à atteindre. L'opération remplit alors le but de mettre à nu le foyer du mal, le « bouillon de culture des staphylocoques » dont la stérilisation par les antiseptiques pourra faire avorter le mal. Elle peut de plus soulager le malade dans les cas où le furoncle encore fermé est distendu par le pus accumulé dont la pression se fait douloureusement sentir. En dehors de ces conditions, rejetons l'incision de clous auriculaires, car les tourments qu'elle infligerait alors inutilement aux malades déjà exténués par la souffrance, ébranleraient facilement leur confiance, comme je l'ai constaté maintes fois lors d'incisions pratiquées antérieurement à mon intervention.

Selon mes observations, l'incision peut souvent être remplacée par un autre procédé exempt de douleurs, à savoir par une *simple éraflure de l'épiderme*, mais les conditions qui rendent ce mode d'intervention souvent possible et efficace sur la surface du corps en général, se trouvent bien plus rarement réalisées dans l'oreille, à moins que le clou auriculaire ne siège dans le pavillon ou bien peu avant dans le conduit auditif.

Voici en quoi consiste ce procédé : on est souvent consulté à une période du furoncle où l'on distingue déjà autour de l'ouverture du follicule atteint une *aréole jaunâtre* indiquant que le pus commence à se former. A cette époque du mal, j'érafle simplement cette zone avec une aiguille préalablement flambée, ou je la perce avec un galvano-cautère fin porté pendant un instant à l'incandescence. Comme ces manœuvres n'entament que l'épiderme qui seul recouvre la couche purulente, la petite opération ne détermine aucune douleur et on évite les souffrances toujours considérables d'une véritable incision. En appliquant ensuite la solution d'acide borique dans l'alcool, au moyen d'un tube à essai renversé par exemple (voir plus haut), j'ai maintes fois réussi à arrêter des clous déjà arrivés à la période

où le pus commençait à se former, entre autres aux doigts, au dos de la main, et même au nez.

Dans d'autres cas dans lesquels l'écoulement du pus avait déjà commencé, et où une légère croûte recouvrait l'entrée du follicule, j'ai quelquefois fait avorter le furoncle en enlevant cette croûte et en appliquant ensuite la solution antiseptique. J'ai obtenu ce résultat plusieurs fois même avec des clous du conduit auditif.

Dans les cas où le point culminant du furoncle montre clairement l'entrée du follicule malade béante, on pourra essayer d'y injecter directement la solution à l'aide d'une seringue de Pravaz à canule extrêmement fine. On pourra également enfoncer rapidement un galvano-cautère fin et incandescent dans le conduit excréteur pour tuer les microbes présents par le moyen le plus sûr, la chaleur. Je rappellerai, à cette occasion, qu'il y a longtemps déjà j'ai essayé d'expliquer l'innocuité des opérations galvanocaustiques par l'effet antiseptique de la température du platine porté au rouge, température incomparablement supérieure à celle qui est nécessaire pour tuer les microbes.

Ces remarques ont été faites par moi à l'occasion du traitement galvanocaustique du coryza chronique (1). (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Scènes de la vie médicale, par le docteur Jules Cyr, médecin-inspecteur adjoint à Vichy.

Le livre dont le titre précède n'est pas complètement un inconnu pour les lecteurs de l'*Union médicale*, car ils ont eu en feuilleton (*Union médicale* des 29 et 31 mars 1888) une des scènes que notre distingué confrère a réunies dans le recueil charmant qu'il nous offre.

Aucune vie n'est plus complexe et plus variée que la vie médicale. On peut dire sans exagération que le médecin a sa part dans presque tous les événements de la société humaine, dans les événements privés et dans les événements publics, dans les familles, dans les administrations, dans les tribunaux, dans les écoles, etc., etc. Partout il est assailli par des faits soit sérieux, utiles à connaître comme exemples, comme enseignement, soit gais, légers, pouvant donner lieu à des récits humoristiques, et par conséquent propres à procurer des passe-temps agréables et à servir aux repos passagers de l'esprit.

L'auteur est du très petit nombre des médecins qui, malgré une clientèle occupante, trouvent le temps de causer avec leurs confrères des faits particuliers et intimes de la vie médicale. Il y a beaucoup de choses dans son petit livre. Citons, entre autres, le curieux aperçu des angoisses du néo-praticien, qui sera lu avec intérêt par tout médecin qui a conservé le souvenir de ses premiers pas dans la profession; les considérations sur l'importance du choix d'une femme pour l'homme de l'art; les principes de déontologie médicale *passim*; les détails sur les relations entre confrères; les tentations et les pièges auxquels le médecin est exposé dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels; les difficultés morales de la pratique de la médecine; la vie médicale de petite ville; la question des spécialités; la médecine des eaux thermales; etc., etc.

Ce qui caractérise surtout l'œuvre de notre confrère, c'est une observation et une critique fines et exactes, une gaieté aimable et de bonne compagnie, l'intervention sobre d'une saine philosophie pratique, une série de portraits bien dessinés, et d'ailleurs un style correct, facile, et d'une élégante simplicité. — G. R.

(1) B. Loewenberg : *Contribution au traitement du coryza chronique simple.* (*Union médicale*, 28 juillet 1881).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° La relation des épidémies du département de Constantine;

2° Une lettre du docteur Marquez, membre correspondant, sur l'épidémie due aux vins falsifiés d'Hyères;

3° Une lettre du docteur Giacomo Lorenzo, se portant candidat au titre de membre correspondant;

4° Plusieurs exemplaires de la notice biographique de Jean-Robert Bréant;

5° Un travail du docteur Soubly Salech, qui propose de remplacer le forceps par l'application exacte sur la tête fœtale d'une calotte de son invention.

6° Une dissertation sur le cancer du larynx, par le docteur André Paul.

— M. Constantin PAUL présente, au nom de MM. Gouguenheim et Tissier, un ouvrage sur la phthisie laryngée.

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente : 1° la cinquième édition de ses « Leçons de thérapeutique », et la seconde de son « Traité d'hygiène alimentaire »; 2° un spiromètre du docteur Binet (de Saint-Honoré); 3° une note de M. Jacquemaire, pharmacien à Villefranche, sur la stérilisation et la conservation de certaines solutions médicamenteuses par l'acide carbonique.

— M. FOURNIER présente, au nom de M. Marty, un travail sur le lupus du larynx.

— M. BABÈS (de Bucharest) lit un travail sur la morve de l'homme et son inoculation à travers la peau saine. La morve est fréquente et intense en Roumanie, et il a pu en faire trois autopsies dans l'espace de quinze jours. Ces cas étaient dus au contact de chevaux malades. Au niveau des ulcères, dans les abcès et surtout à leur périphérie, dans la moelle des os, de nombreux bacilles ont été rencontrés, les uns libres, les autres inclus dans les cellules. Ce qu'il y a de plus intéressant, ce sont des lésions des follicules pileux : tandis que beaucoup d'entre eux sont sains, ainsi que l'épiderme environnant, d'autres sont tuméfiés; ces follicules, leurs vaisseaux et les fentes lymphatiques du tissu cellulaire voisin, regorgent de bacilles qui ne se voient ni dans l'épiderme ni dans les vaisseaux lymphatiques. Il semble donc que ce microbe puisse pénétrer dans les follicules pileux et s'y multiplier. C'est du reste par une papule qu'au dire des malades, l'ulcère s'annonce.

L'expérimentation a confirmé ces vues : des bacilles mêlés à de la vaseline ont été mis en contact par friction avec la peau de cobayes. La morve s'est développée sous forme d'ulcères situés aux mêmes points, de lésions ganglionnaires et de nombreux tubercules morveux du foie et de la rate. Des expériences de contrôle instituées au laboratoire de M. Cornil ont donné les mêmes résultats.

— M. CORNIL présente un appareil destiné à stériliser les fils de catgut et de soie pour les opérations chirurgicales.

— M. SCHUTZENBERGER présente, au nom de MM. Hardy et Gallois, un mémoire sur l'anagyrine, principe actif de l'Anagyris fœtida, plante vénéneuse qui croît en Algérie et sur tout le littoral de la Méditerranée. Elle donne des fruits qui ressemblent à ceux du haricot commun. De là des méprises fréquentes qui ont causé souvent des empoisonnements sur les animaux et même sur des soldats. L'anagyrine est un alcaloïde toxique qui donne des sels bien cristallisés.

— L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (1re division). Ont obtenu, sur 43 votants, au premier vote, M. Vanlair (de Liège), 31 voix (élu); M. Cantani (de Naples), 4; M. Rommelaere (de Bruxelles), 2, et M. Warlomont (de

Bruxelles), 6. Au second vote, M. Cantani 23 voix (élu); M. Rommelaere 5, et M. Warlomont, 15.

— M. Constantin Paul ne défend pas l'opération de Moore appliquée aux anévrysmes et surtout à ceux de la crosse aortique. Il a pratiqué un certain nombre de fois l'électropuncture, et il y a renoncé pour deux raisons : 1° on introduit dans la tumeur l'aiguille correspondant au pôle positif, et là se rendent les acides et l'oxygène mis en liberté. Il se produit de la sorte une coagulation, non de fibrine, mais d'albumine, et il se dégage des gaz qui rendent le caillot spongieux, mou, facilement dissociable; c'est de la graine d'embolie ; 2° comme l'aiguille doit être isolée des tissus sous peine de faire eschare, on l'entoure de vernis isolateur; pour être sûr de cet isolement, on doit faire dépasser de l'autre côté de la paroi la partie isolée. Il en résulte que le caillot se forme à une certaine distance de la paroi et qu'il est, par conséquent, mobile.

Broca a remarqué que l'électropuncture agissait surtout par l'inflammation de la paroi déterminée par le passage de l'aiguille. M. C. Paul vient défendre l'acupuncture. Pour éviter la suppuration et se borner à l'inflammation plastique, il emploie les épingles japonaises en petit nombre et pendant un temps court. Ces épingles sont exoessivement fines; elles ont 6 centimètres de long et s'emploient de la manière suivante : On place sur la tumeur un petit conducteur spécial; l'aiguille y est introduite; puis, par un petit coup sec, on lui fait traverser la peau. On la fait ensuite progresser par une sorte de mouvement de vis. Quand l'aiguille pénètre dans un anévrysme où le courant est vif, on la voit s'incliner sous l'influence de ce courant.

Le rayon d'inflammation ainsi déterminé étant d'un quart de centimètre, il faut placer ainsi de trois à cinq aiguilles sur le point de moindre résistance. On les retire au bout d'un quart d'heure et il ne sort pas de sang. Pendant deux à quatre jours, on constate de légers symptômes inflammatoires : rougeur, chaleur, sensibilité et gonflement. Quand, après leur sédation, on recommence l'opération, on sent que l'introduction des aiguilles est plus difficile, et à la troisième ou quatrième tentative, elle devient impossible. C'est donc déterminer un épaississement inflammatoire, une sorte de digue aux points peu résistants.

M. C. Paul a pratiqué cette opération avec succès dans quatre cas; dans un cinquième, l'introduction des aiguilles a été impossible. C'est donc un moyen inoffensif à opposer à la progression au dehors des anévrysmes.

Que deviennent les anévrysmes ainsi traités? Dans certains cas, l'anévrysme demeure stationnaire; dans d'autres, il se développe à l'intérieur.

M. Dujardin-Beaumetz est du même avis sur la façon dont se produit l'effet utile de l'électro-puncture; c'est en enflammant la paroi au point traversé; c'est pourquoi l'amélioration se fait toujours attendre quelques jours. L'acupuncture est une méthode palliative qui convient aux anévrysmes qui tendent à s'ouvrir à l'extérieur, ce qui est extrêmement rare. Il faut se demander s'il est bon de doubler ainsi la paroi de l'anévrysme en dehors, car il en résulte peut-être une rupture plus rapide à l'intérieur. L'acupuncture, quoique inoffensive par elle-même, n'est donc indiquée que dans des cas très rares.

— M. Besnier au nom de la commission de la pelade lit un rapport sur la contagion de cette affection et sur les mesures à prendre contre elle. Il y a trente-cinq ans que Bazin constata la contagiosité de certaines formes d'alopécie; ayant cru y trouver le microsporon de Gruby, il rangea ces faits à côté des teignes, et en réunit plusieurs variétés sous le nom de pelade. Néanmoins la généralité des médecins n'en fit pas une simple forme de teigne et on n'admit même pas manifestement la contagiosité. La nature parasitaire de l'effection est encore mal démontrée; c'est ainsi qu'en 1874, à la Société médicale des hôpitaux, personne ne se fit le défenseur du parasite de la pelade, et on a pu reconnaître à l'hôpital Saint-Louis qu'aucun des micro-organismes successivement donnés comme pathogènes de la pelade n'avait une semblable action. Bien plus, non seulement on n'a pas reconnu de parasite dans le poil peladique, mais encore ses altérations ne sont pas d'apparence parasitaire.

On connaît bien ces taches blanches, unies, circulaires, dépourvues de poils, tandis que tout autour les poils sont forts et abondants. Les cheveux tombés sont remplacés par d'autres mal développés, et ceux-ci finissent eux-mêmes par disparaître. La lésion n'est généralement reconnue qu'une fois faite, et on peut rarement assister à son développement. Histologiquement, on constate la déformation et l'effilement de la racine du cheveu; il y a athrepsie, cadavérisation du poil. D'après les recherches de M. Balzer, il y a atrophie du follicule pileux, mais le poil n'en existe pas moins; il est seulement trop peu développé pour apparaître au dehors; il n'y a pas arrêt, mais seulement diminution de la fonction pilaire. La vie latente, la léthargie du poil peuvent ainsi durer plusieurs années. La cause en est inconnue; aussi est-on tenté de ne voir là qu'une dystrophie d'origine nerveuse, comme certaines expériences ont paru le démontrer. Alors même que le parasite serait découvert, il faudrait reporter son action à la papille pilaire, car le cheveu ne présente que des lésions trophopathiques et non parasitaires directes.

On a signalé chez les peladiques une nervosité particulière, mais l'observation n'en montre ni la nécessité, ni la constance. Ainsi, malgré les émotions fréquentes auxquelles ils sont exposés, les sapeurs-pompiers de Paris présentent actuellement leur première épidémie. Le processus qui amène la chute du poil est trophonévrotique, ce qui ne veut pas dire qu'il faille éliminer la contagion; il y a là un terrain de conciliation pour les théories du trouble trophique et du parasite.

Ce qui vient à l'appui de la théorie parasitaire, c'est que la pelade se voit à l'âge des teignes et dans les mêmes conditions. Comme toutes les maladies contagieuses, au point de vue géographique, elle se répartit très inégalement.

A Paris, nous sommes en ce moment en pleine recrudescence épidémique. Les rapports des médecins de la marine et de l'armée démontrent qu'elle se présente sous forme de foyers, attaquant certains corps de troupes, en épargnant d'autres malgré la similitude des conditions de recrutement et de service.

Les conditions de transmissibilité sont souvent inexplicables; aussi la plupart des médecins sont-ils d'abord non-contagionnistes. Mais il est des cas de contagion indéniables, et on a rapporté de nombreux faits de pelades de famille ou de maison (Leloir), d'école on de régiment. Sauf M. Ollivier, tous les médecins de Saint-Louis croient à la contagion, et cette contagion est assez fréquente pour justifier des mesures préventives.

La vigueur des cheveux ou de la barbe n'est pas une garantie contre cette contagion. Avoir la tête couverte est une protection efficace (religieuses d'hôpital). La contagion semble se faire surtout d'une manière indirecte par les objets de toilette, les appuis de tête, les instruments du perruquier, la tondeuse du régiment. La possibilité de la contagion n'a pas encore disparu quand la guérison commence à se faire.

Les mesures suivantes sont proposées par la commission à l'unanimité :

I. — Aucun peladique ne peut exiger comme un droit son admission ou son maintien dans un établissement public, une école, un corps de troupe ou une administration; il sera soumis pour cela au jugement médical.

II. — En cas d'admission, il faut protéger les sujets sains contre tout contact médiat ou immédiat avec les *régions* malades qui devront être toujours recouvertes. En outre du traitement médical, pour diminuer les chances de contagion, les cheveux et la barbe seront coupés court, et les parties seront lavées à l'eau chaude soir et matin. On évitera l'échange des coiffures, des objets de literie ou de toilette, tout au moins sans les avoir désinfectés. Qnand des cas de pelade auront apparu dans un milieu, on y abandonnera l'usage de la tondeuse, et les ciseaux du perruquier seront chaque fois passés à l'alcool et flambés.

III. — Chaque cas sera étudié spécialement au point de vue de son origine ; on permettra plus volontiers l'admission si le cas est ancien et tend à la guérison que s'il est récent et intense.

IV. — Pour les asiles et écoles enfantines, l'exclusion, ayant peu d'inconvénients, sera la règle.

V. — Dans les écoles primaires l'admission sera autorisée à condition de tenir les peladiques à part en classe et en récréation et de leur couvrir la tête.

VI. — Pour les externats, mesures analogues.

VII. — Pour les internats la surveillance sera encore plus facile d'autant plus que les malades sont généralement à même de comprendre la nécessité de tels soins.

VIII. — Pour les militaires, l'isolement pourra de même être relatif. Le flambage des instruments du perruquier aura une importance spéciale.

IX. — La tolérance cesserait dans le cas où de nouveaux individus seraient atteints dans le même groupe.

M. Olivier remercie l'Académie et le rapporteur d'avoir bien voulu s'intéresser au triste sort des lycéens atteints de pelade et adoucir les mesures draconiennes auxquelles ils étaient soumis. Il y aurait donc deux formes de pelade : l'une non contagieuse et l'autre contagieuse dont il n'a pas encore vu d'exemple, mais que les contagionnistes regardent cependant comme la plus fréquente. La statistique prononcera.

Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.

COURRIER

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du Comité d'organisation du Congrès international de photographie : MM. Bardy, Bardet, Becquerel (E.-D.), membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle et au Conservatoire des arts et métiers; Chardin (Alf.); Cornu (Alfred), membre de l'Institut, professeur à l'Ecole polytechnique; Davanne, vice-président de la Société de photographie; Gobert, Gauthier-Villars, éditeur, ancien élève de de l'Ecole polytechnique; Guilleminot ; Hainque de Saint-Senoch; Henry (Paul); Henry (Prosper); Janssen, membre de l'Institut, directeur de l'observatoire d'astronomie physique de Meudon; Lévy, ex-président de la Chambre syndicale des photographes; Marey, membre de l'Institut, professeur au Collège de France; Martin (Adolphe); Péligot membre de l'Institut, président de la Société française de photographie; Perrot de Chaumeux, avocat; Pector; Roger, chef du service photographique de la Commission d'artillerie; Sebert, colonel, directeur du Laboratoire central de l'artillerie de marine; Vidal (Léon), président de la Chambre syndicale des photographes; Tillecholles (de); Wolff, membre de l'Institut.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du Comité d'organisation du Congrès international de physiologie : MM. Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Arsonval (d'), membre de l'Académie de médecine, professeur suppléant au Collège de France; Balbiani, professeur au Collège de France; Beaunis, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Berthelot, membre de l'Institut, sénateur, professeur au Collège de France; Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine, vice-président de la Société de biologie; Brown-Séquard, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, président de la Société de biologie; Charrin, secrétaire de la Société de biologie; Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, vice-président de la Société de biologie; Cornil, membre de l'Académie de médecine, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Paris: Dastre, professeur à la Faculté des sciences; Duclaux, professeur à la Faculté des sciences et à l'Institut agronomique; Dumontpallier, médecin des hôpitaux, secrétaire général de la Société de biologie; Dupuy, secrétaire de la Société de biologie; Duval (Mathias), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine; François-Franck, membre de l'Académie de médecine, professeur suppléant au Collège de France; Gley, secrétaire de la Société de biologie; Grimaux, agrégé de la Faculté de médecine, professeur à l'Ecole polytechnique; Guignard, professeur à l'Ecole de pharmacie; Jollyet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Marey, membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; Ollier, correspondant de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Pasteur, membre de l'Institut; Ranvier, membre de

l'Académie de médecine, professeur au Collège de France; Regnard, sous-directeur du laboratoire de physiologie à la Sorbonne; Retterer, secrétaire de la Société de biologie; Richet (Charles), professeur à la Faculté de médecine; Rouget (Charles), professeur au Muséum d'histoire naturelle; Straus, professeur à la Faculté de médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juillet 1888, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par les arrêtés des 13 et 19 juin 1888, est porté de vingt-neuf à trente et un.

Ces nouvelles places (30e et 31e) seront comprises dans la section de chirurgie (pathologie externe) et réservées : l'une à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, l'autre à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Nécrologie. — Le vénéré professeur Salvatore Tommasi vient de succomber, le 13 juillet, à la douloureuse maladie qui le tourmentait depuis plusieurs années. Tommasi dirigea longtemps l'une de nos meilleures revues médicales, *Il Morgagni*. On peut dire qu'en le perdant, l'Italie voit disparaître un des hommes auxquels elle doit le plus, pour cet essor que la médecine scientifique a pris dans ce pays durant ces vingt-cinq dernières années.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

— Nous apprenons, avec un douloureux étonnement, la mort de Fieuzal, directeur de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, qui vient de succomber inopinément, nous dit-on, à un érysipèle de la face.

Les ambulances urbaines. — M. Lozé, préfet de police, vient d'adresser aux commissaires de police la circulaire suivante :

Paris, 25 juin 1888.

Monsieur,

Un service des ambulances urbaines, dû à l'initiative privée, a été inauguré à Paris, le 1er juin courant. Il a pour but d'assurer des secours immédiats aux malades et aux blessés, et leur transport soit chez eux, soit à l'hôpital.

Le siège des ambulances urbaines est à l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent remisées trois voitures dont une, toujours attelée, est prête à marcher à toute heure du jour et de nuit.

Un réseau téléphonique relie le siège des ambulances à vingt-huit pharmacies ou postes de police dont vous trouverez la liste ci-après.

Ce service fonctionne ainsi qu'il suit :

Lorsqu'un malade ou un blessé est amené dans un de ces postes ou dans une de ces pharmacies, que son état est reconnu assez grave pour nécessiter son transport soit chez lui, soit à l'hôpital, le chef de poste ou le pharmacien demande, par téléphone, la voiture remisée à Saint-Louis. Cette voiture, dans laquelle prend place un interne de l'hôpital, vient immédiatement chercher le malade.

Je vous prie, Monsieur, de prendre bonne note de ces indications.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le préfet de police,
H. Lozé.

École de médecine de Marseille. — M. Chapplain, professeur de clinique chirurgicale est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Villeneuve, appelé à d'autres fonctions.

M. Villeneuve, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chapplain, appelé à d'autres fonctions.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille

Par le docteur LOEWENBERG (1).

Le furoncle de l'oreille s'accompagne de *douleurs* quelquefois horribles, et on doit essayer, au cas où le traitement abortif échoue, ou bien, quand on a été consulté trop tard pour le mettre en pratique, d'atténuer au moins les souffrances des malheureux malades. Or, j'ai observé que les bains auriculaires avec des solutions de sels de *cocaïne* réussissent, dans un certain nombre de cas, à amener un remarquable soulagement, sous condition d'être prolongés longtemps et faits avec des solutions concentrées (5-10 p. 100). Il est assez difficile de comprendre comment la cocaïne peut agir à travers l'épiderme du furoncle encore fermé, à moins d'admettre, comme je le faisais plus haut pour les solutions alcooliques d'acide borique, qu'elle pénètre par les canalicules folliculaires, ce qui pourrait bien être le cas, attendu que j'emploie généralement le chlorhydrate de cocaïne dissous dans l'*alcool* pour agir en même temps d'une manière parasiticide. Mais je n'émets cette hypothèse sur la manière d'agir et sur la voie d'entrée de la cocaïne qu'avec hésitation, car j'ai obtenu l'effet sédatif quelquefois aussi avec des solutions aqueuses de ce corps dont la pénétration par le canal folliculaire, d'après les considérations formulées plus haut, me paraîtrait plus difficile à concevoir.

DU DIAGNOSTIC DU FURONCLE AURICULAIRE.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic des clous du pavillon de l'oreille et de l'entrée du conduit auditif qui ressemblent à ceux des autres régions, et dont la simple inspection suffit pour en faire reconnaître la nature. Mais il n'en est pas de même de ceux qui occupent les parties profondes de ce canal. Le spécialiste lui-même pourra être un moment embarrassé, car les furoncles ne revêtent pas ici la couleur rouge ni la forme nettement acuminée si caractéristiques pour ceux des autres régions, et ne forment souvent qu'une enflure pâle et mal délimitée. Dans ces circonstances, j'établis le diagnostic en me basant sur les deux points suivants qu'on chercherait en vain dans les traités d'otologie :

Dans le furoncle du conduit auditif, il y a une discordance frappante entre l'apparence insignifiante du petit gonflement et la sensibilité exquise et tout à fait disproportionnée du mal. Ceci se rapporte autant aux douleurs

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

spontanées qu'il cause qu'à celles que tout contact, celui d'un stylet par exemple, y provoque. D'autre part, à mon sens, les inflammations circonscrites de l'oreille externe, d'origine non traumatique, sont, pour ainsi dire, toujours de nature furonculeuse.

Ainsi donc, une fois la localisation du mal dans le conduit auditif reconnue, il n'est plus difficile d'en déterminer la nature, mais *les difficultés surgissant à ce sujet* in praxi *proviennent justement de l'incertitude sur le siège de l'inflammation.* Or, les traités d'otologie les meilleurs ne mentionnent pas ce point qui est d'une importance capitale cependant pour la pratique générale.

Je crois donc utile de résumer ici les résultats d'une expérience de vingt-cinq ans. Les faits se présentent, en réalité, de la manière suivante : Le public confond le furoncle auriculaire et l'otite moyenne aiguë (qui se termine pour ainsi toujours par la rupture de la membrane du tympan et par l'écoulement purulent consécutif), sous le nom d'*abcès à l'oreille.* Le praticien même auquel on ne peut pas demander d'être familiarisé avec l'exploration de l'oreille se trouve presque constamment dans le plus grand embarras, ainsi que je l'ai constaté maintes et maintes fois, lorsqu'il doit décider à laquelle des deux affections on a affaire. Et pourtant la distinction est d'autant plus importante à établir que le traitement à instituer est non seulement absolument différent dans les deux cas, mais qu'il doit porter dans l'un exclusivement sur le conduit auditif et dans l'autre sur la caisse en empruntant surtout la voie de la trompe d'Eustache, les insufflations d'air par ce canal jouant un rôle prépondérant dans l'otite. De plus, le pronostic, presque toujours excellent dans le furoncle, est beaucoup plus réservé dans l'otite moyenne, tant en raison des désordres locaux qui peuvent rester permanents et troubler gravement l'audition, que des complications graves, mortelles même, que peut entraîner l'otite moyenne purulente. (Voir à ce sujet mon mémoire intitulé : *Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation* (*Union médicale,* 1885).

Voici comment j'établis le *diagnostic différentiel entre le furoncle du conduit auditif et l'otite moyenne aiguë,* diagnostic dont les considérations précédentes ont établi l'importance pour la pratique :

Les antécédents ordinaires de l'otite moyenne aiguë sont : le rhume, la pharyngite aiguë et certaines maladies générales comme la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.; — ceux d'un furoncle auriculaire : néant, ou des furoncles antérieurs dans l'oreille ou autre part. (Je puis assurer que deux inflammations frappant coup sur coup la même oreille sont toujours de nature furonculeuse.) Parmi les symptômes, il y a d'abord l'enflure dans le conduit en cas de furoncle, enflure extrêmement apparente pour peu que le clou siège superficiellement, et qui manque dans l'otite; surdité dans tous les cas de celle-ci, dans les furoncles seulement lorsque l'enflure ferme le conduit en entier. Une fois l'écoulement purulent établi, les douleurs de l'otite cessent généralement comme par enchantement, la perforation du tympan permettant une détente complète des tissus distendus et comprimés jusque-là par le liquide accumulé : il n'en est pas ainsi, d'après mes observations (voir plus haut), pour les clous. Dans l'otite l'écoulement est des plus abondants dès l'abord, au point de traverser quelquefois des oreillers ! Dans le furoncle il est, au contraire, insignifiant au début.

Je puis ajouter encore que les clous d'oreille me paraissent beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte.

COMPLICATIONS DU FURONCLE AURICULAIRE.

La valeur du traitement abortif est plus considérable encore qu'il ne semblerait d'après ce que nous avons vu jusqu'ici; car, outre les souffrances dont s'accompagne le furoncle de l'oreille et les répétitions auxquels un premier clou auriculaire donne lieu généralement, cette affection peut encore entraîner certaines conséquences et complications. Ce point est si peu connu que beaucoup de traités d'otologie même l'omettent, et je saisis l'occasion de le mettre en lumière, d'autant plus volontiers qu'il ne manque pas d'une certaine importance, même pour le praticien. Voici les faits :

On observe quelquefois, peu de jours après l'ouverture d'un furoncle auriculaire, l'apparition presque soudaine d'une *végétation* surgissant du cratère, végétation qui entretient une suppuration prolongée, et qui peut aller jusqu'à *former un véritable polype auriculaire.* Ces longues suppurations consécutives aux furoncles de l'oreille s'observent cependant quelquefois même sans qu'il y ait éclosion de végétations. Ainsi, depuis le mois de septembre 1887 jusqu'à ce jour (mai 1888), j'ai traité un nombre surprenant de personnes atteintes de clous auriculaires (1), et parmi ces malades, un nombre inusité, d'après mon expérience, présentaient des suppurations prolongées et des végétations. Quelques-unes de celles-ci résistèrent opiniâtrement à l'alcool boriqué et aux cautérisations au nitrate d'argent, et ne cédèrent que difficilement même au galvano-cautère. Un malade, enfin, refusa l'emploi de ce puissant agent, et j'ignore comment le cas s'est terminé; tous les autres ont guéri, mais non sans peine.

Parmi les cas que j'ai observés antérieurement à l'époque précitée, je me rappelle surtout celui d'un jeune homme assez robuste qui me fut adressé de Calais en 1885, portant à l'entrée du conduit auditif droit un furoncle déjà ouvert depuis quelque temps. L'ouverture du cratère était remplie d'un *polype* assez plat et fort résistant au toucher. La peau du méat, infiltrée de pus, se trouvait décollée en deux endroits, de façon à former deux véritables clapiers. Suppuration extrêmement abondante. Ce ne fut qu'au bout d'un traitement laborieux et pénible, consistant en lavages antiseptiques, incisions, cautérisations avec mon galvano-cautère à action latérale (2) et instillation d'alcool boriqué sursaturé, que je parvins, après plusieurs mois de traitement (!), à restituer l'oreille à l'état normal.

(1) Depuis le mois d'avril, il y a encore eu recrudescence dans le nombre des clous d'oreille observés dans ma clientèle; il y a donc eu ici apparition épidémique de furoncles auriculaires en automne et au printemps, comme cela s'observe pour les furoncles en général (mai 1888).

(2) Il y a sept ans (*Union médicale*, 18 juillet 1881), j'ai fait connaître des galvano-cautères construits sur un principe nouveau, celui de l'*action latérale.* Je les avais imaginés pour les fosses nasales et les amygdales dans le but de localiser l'action sur les parties à brûler et d'épargner les autres (par exemple la cloison nasale). Ces instruments me semblent absolument indispensables, surtout pour les amygdales; car un cautère brûlant au bout, comme le faisaient tous les autres connus jusqu'alors, peut entamer le fond du pharynx buccal, les piliers et la luette, par suite des contractions de ces parties si éminemment aptes à entrer en contractions réflexes, et des mouvements des malades. Ces inconvénients se présentent surtout chez les enfants qui fournissent le plus grand contingent d'amygdales hypertrophiées à traiter. Ces cautères ont été beaucoup imités, surtout à l'étranger, sans qu'on ait cité le nom de leur inventeur. J'ai, depuis lors, modifié ces instruments en plaçant le coude destiné à empêcher que la main ne cache le champ visuel, de façon que la plaque se trouve non plus sur le plat du cautère, mais

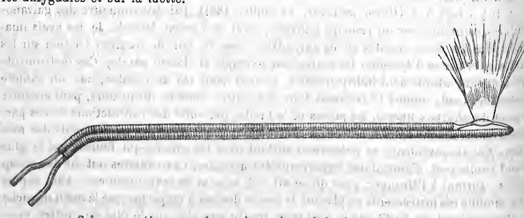
Le furoncle de l'oreille est donc, d'après tout ce qui précède, loin de constituer une « quantité négligeable », car, en dehors des douleurs atroces qu'il provoque souvent et des répétitions auxquelles il donne lieu habituellement dans l'oreille même ou autre part, il peut amener des désordres sérieux dans l'organe de l'ouïe, sans compter que tout furoncle peut amener l'éclosion d'un anthrax ou d'un clou placé dans certaines régions (par exemple à la lèvre supérieure) qui facilitent l'irruption des coccus dans la voie sanguine, et peuvent provoquer une terminaison fatale. Le premier j'ai interprété ainsi les cas mortels de furoncles. (V. à ce sujet : « La forme grave du furoncle » (*loc. cit.*, page 17).

Pour toutes ces raisons, il faudra soigner chaque clou auriculaire aussitôt qu'on en aura reconnu la nature, l'attaquer selon les principes établis dans ce travail et le faire avorter rapidement, si cela se peut. Mais, outre cela, il faut continuer le traitement jusqu'à ce que l'affection locale soit entièrement guérie, et que toute suppuration ait disparu. Il est, en effet, possible que, même après la terminaison rapide du furoncle, des coccus restants donnent lieu à l'auto-contagion, et, pour la prévenir, je fais continuer les instillations de la solution saturée au moins huit jours après la disparition de tout phénomène pathologique.

Il va sans dire que là où la santé du malade l'exige, on doit se préoccuper également des *soins à donner à l'état général,* sans préjudice du traitement antiseptique qu'il faut appliquer à chaque furoncle pour ne pas laisser subsister de source d'auto-infection. L'état général peut nécessiter des soins, soit parce qu'il se trouve affecté par des furoncles multiples ou démesurément développés, soit, au contraire, parce qu'un état diathésique favorise l'éclosion des clous, comme cela a lieu dans le diabète, le bromisme et certaines cachexies. Je ne puis donner ici des préceptes pour le traitement de ces états pathologiques qui sont du domaine de la pratique générale ; je rappellerai seulement que j'ai déjà recommandé en 1881 des lavages du corps entier avec une solution aqueuse d'acide borique ou des bains avec la même substance (*loc. cit.*, p. 43 et 44) en dehors des soins que l'état général pourrait nécessiter. (*A suivre.*)

---

sur son tranchant (V. la figure ci-contre); de cette manière on n'a plus, comme autrefois, besoin de deux cautères différents, l'un pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche, mais on n'a qu'à tourner la plaque de chaque côté pour pouvoir brûler latéralement. Ainsi un seul de ces instruments, que j'appelle *galvano-cautères naso-pharyngiens universels,* suffit pour toutes les cautérisations à faire dans les fosses nasales, sur les amygdales et sur la luette.



Galvano-cautère naso-pharyngien universel du docteur Lœwenberg.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le méthylal. — Le bromure d'éthyle.

I

Le méthylal, qui se range dans la classe des acétals, a été expérimenté et employé pour la première fois par Personali (de Turin). C'est un liquide mobile, limpide, à odeur rappelant celle du nitrite d'amyle. Il bout à 42°, et ses vapeurs ne sont point inflammables.

Le méthylal se dissout dans trois fois son volume d'eau, d'alcool ou d'éther; il est encore soluble dans les huiles grasses et volatiles.

Les expériences les plus complètes sur les animaux ont été faites par Mairet et Combemale. (Acad. des sciences, 24 janvier 1887; *Progrès médical*, 1887, 27.)

Les animaux se montrent d'autant plus sensibles à l'action du médicament qu'ils occupent un rang plus élevé dans l'échelle des êtres. On peut administrer le méthylal par voie hypodermique, en inhalations et enfin par l'estomac. La première méthode est celle qui donne les résultats les plus rapides, malheureusement elle est assez douloureuse pour déterminer parfois une syncope, et il peut survenir des ulcérations consécutives; ce fait a aussi été noté par Motrochin. Cependant Krafft Ebing (*Therap. monatsh.*, 1888) l'a employé ainsi dans le delirium tremens; il est vrai qu'il se servait d'une solution aqueuse à 10 p. 100. Il note cependant une sensation douloureuse de brûlure.

Quelle que soit la voie d'introduction choisie, le sommeil est le principal symptôme observé, et il survient à des doses relativement faibles, 0,25 à 0,50 par kilogr. d'animal. A cette dose, le sommeil est calme, mais l'animal reste sensible aux excitations extérieures tout en réagissant lentement. Quand on va à 50 centigr. par kilogr. le sommeil est plus profond, et, au réveil, il y a de la lourdeur et de la torpeur cérébrale. 1 gr. 50 par kilogr. donnent des phénomènes plus accusés et de la faiblesse musculaire allant jusqu'à la parésie. Au-dessus de 2 grammes par kilogr., la dose est toxique. Mairet et Combemale, en soumettant des animaux aux inhalations de méthylal, ont noté de l'irritation des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, avec larmoiement, éternuement et toux.

M. Lemoine a expérimenté le méthylal sur lui-même. A la suite de deux injections sous-cutanées pratiquées à 5 minutes d'intervalle (1 gramme chaque fois), le goût du médicament se développa dans la bouche. Il n'y eut pas de tendance au sommeil. Accélération du pouls, légère accélération des mouvements respiratoires, très léger abaissement de température dans l'aisselle. (Cet abaissement a été noté par Mairet et Combemale à dose toxique). La tension vasculaire diminua aussi. Motrochin n'a remarqué aucun effet sur le cœur, mais a signalé le ralentissement de la respiration. D'après lui, chez l'homme, l'inhalation d'environ 60 grammes ne provoque qu'une anesthésie de la partie supérieure du corps et surtout de la tête; il y a une légère ébriété pendant et après la narcose.

Les doses ont un peu varié, selon les expérimentateurs En potion, Mairet et Combemale ont donné de 1 à 8 grammes dans un julep, sans noter ni intolérance gastrique ni trouble dans aucun organe. Richardson a été jusqu'à 15 grammes *pro dosi*. Dujardin-Beaumetz et Yvon conseillent 0,50 à 1 gramme, dose qui semble un peu faible, puisque Lemoine, chez les aliénés, a échoué en donnant 3 grammes. Pettrazzani a été jusqu'à 8 grammes sans accidents. En liniment, on peut aller jusqu'à 1 pour 10 ou 6 en prenant l'alcool à 60° ou l'huile d'amandes douces comme véhicules; on peut aussi prescrire des pommades à l'axonge, et, sous cette forme, Personali accorde au méthylal un grand pouvoir anesthésique.

Le méthylal s'élimine très rapidement par les voies respiratoires, car son odeur apparaît (Mairet et Combemale) en même temps que l'on fait l'injection hypodermique. Il ne s'accumule pas dans l'économie.

Les recherches thérapeutiques ont surtout été faites chez les aliénés. Mairet et Com-

bemale ont donné le médicament en une seule dose le soir par la bouche. Ils ont observé que les malades qui mouillaient irrégulièrement leur lit, le mouillaient régulièrement quand ils étaient sous l'influence du mythylal. Ils ont expérimenté sur 11 cas d'aliénation mentale, 16 cas de folie simple, 12 cas de démence simple, 3 cas de démence alcoolique, 3 cas de démence par athéromasie, 7 cas de démence paralytique. Au début de la folie simple, le médicament n'a pas d'action même à 7 et 8 grammes; au contraire, à la période d'état pendant les poussées aiguës d'agitation, il réussit généralement à procurer le sommeil à des doses de 5 et 6 grammes. Seulement l'accoutumance s'établit en cinq ou huit jours, et il faut alors élever les doses. Du reste, en laissant reposer les malades quelques jours, on peut de nouveau donner avec efficacité les mêmes doses qu'au début. Dans les démences simples, 5 à 8 grammes produisent de bons effets; tandis qu'on échoue dans la folie alcoolique, il réussit à 3, 4 et 5 grammes dans la démence par athéromasie; mais, au bout de cinq à six jours, le sommeil, de même que dans la folie simple, devient moins complet et ne dure que cinq à six heures, même quand on augmente la dose. Les effets ont encore été très satisfaisants dans la démence paralytique quand on a été à 7 et 8 grammes; l'accoutumance est plus longue à apparaître que dans les folies simples.

En résumé, disent les auteurs, sans effet hypnotique dans la folie alcoolique et dans la période de début des folies simples, le méthylal réussit, au contraire, assez généralement dans la période d'état de ces folies simples, dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence par athéromasie et à la démence paralytique. Il n'a aucune action dépressive sur le cerveau; au réveil, l'agitation est aussi intense qu'avant l'administration du médicament.

Pettrazzani, chez les aliénés, a obtenu, avec des doses assez fortes, un sommeil durant plusieurs heures et survenant 40 à 60 minutes après l'ingestion du méthylal.

Boubila et Hadjès ont fait des recherches assez nombreuses (*Encéphale,* 1888, 3). Ils ont donné le méthylal par la bouche; 3 à 9 grammes dans une potion prise en une fois au moment du coucher. Il n'y a eu aucun trouble imputable à la médication.

D'après vingt-deux observations de folie simple, ils regardent le médicament comme un excellent hypnotique surtout dans la lypémanie même d'origine alcoolique. Dans les folies à double forme il ne paraît utile que dans les périodes de dépression. Dans la manie, les auteurs ne le prescrivent que dans la manie épileptique et la manie intermittente, en dehors des poussées aiguës. Cinq cas de démence simple ont été influencés par des doses de 3 à 5 grammes; il n'y a pas eu d'accoutumance. Les auteurs n'ont pas observé d'effet net dans la paralysie générale, mais regardent le méthylal comme devant remplacer avantageusement les autres hypnotiques dans les formes de folie où ils l'ont expérimenté.

Krafft-Ebing (de Graz) a employé les injections sous-cutanées contre le delirium tremens et a observé 21 cas favorables. Il s'est servi de la solution à 1/10e. Dans 6 cas une seringue Pravaz a suffi, 2 à 4 dans 10 cas, 5 à 8 dans 3, 10 à 20 dans 2 cas; les doses ont donc été de 1 décigramme à 2 grammes. Le méthylal réussit dans les insomnies ou agitations qui sont sous la dépendance de l'anémie ou d'un état d'inanition; il est inefficace quand il y a un état congestif du cerveau. Il faut faire toutes les deux ou trois heures une injection sous-cutanée jusqu'à sommeil et continuer pendant quelques jours après la fin de la cure à raison de deux le soir.

M. Lemoine est le seul qui paraisse avoir échoué dans l'aliénation mentale. Chez quatre aliénés à excitation maniaque, il a donné une dose de 3 grammes à prendre en quatre fois de demi-heure en demi-heure afin d'éviter l'action dépressive sur le cœur. Il n'a observé, même après six jours, aucune tendance au sommeil. On voit qu'il s'est placé dans des conditions différant beaucoup de celles des auteurs que nous avons cités plus haut.

Personali a encore recommandé le méthylal contre les douleurs nerveuses d'estomac, l'entéralgie, et Richardson a observé que l'inhalation d'un mélange du médicament avec le nitrite d'amyle produisait de bons effets dans l'angor pectoris.

II

Le docteur Leo Szuman, de Thorn, a publié dans la *Thérap. mon.*, nos 4 et 5, 1888, un travail important sur le bromure d'éthyle ou brométhyl. On doit recommander l'emploi du brométhyl pour les opérations courtes et douloureuses parce que les vomissements sont rares pour les petites quantités, que l'action est moins persistante qu'avec le chloroforme qui paraît plus dangereux. Nunnely, Lewis, Terrillon, Rabuteau, Jasch, Langgaard, etc., sont du même avis. Szuman emploie le brométhyl depuis 1883 pour les arrachements de dents et de racines, l'ablation des tumeurs petites et superficielles, le raclage d'abcès, la discision d'anthrax, le curage de fistules d'os cariés, etc., et en outre souvent dans la pratique obstétricale. Jusqu'à la fin de 1887 et il a fait environ 120 ou 130 narcoses bromélhyliques.

Il l'emploie au moyen du masque à chloroforme recouvert d'une épaisse flanelle. Il faut que ce masque soit serré sur le nez et la bouche, et alors il est abondamment arrosé une à trois fois de façon que tout le masque soit bien mouillé. Quand on a employé 10 à 15 grammes rarement 20 à 30 grammes de brométhyl, on a atteint la stupeur nécessaire pour une courte opération, c'est-à-dire un sentiment de vertige avec diminution notable ou perte de la sensibilité à la douleur, pendant que la sensibilité au toucher et la connaissance restent habituellement conservées. Les patients répondent encore la plupart du temps aux questions, ils ouvrent la bouche quand on le leur demande et ils sentent l'application de la pince à dents, le raclage de la cuiller tranchante, etc., mais comme une pression ou une traction obscure. Souvent, mais non toujours, la sensation douloureuse avec une narcose tout à fait légère est absolument éteinte au point que les opérés sont contents de voir ce qu'on leur fait. La perception douloureuse revient très vite au réveil. On doit se hâter en opérant et avoir préparé auparavant tout ce qui est nécessaire. La stupeur, toutefois, dure bien plus longtemps qu'avec le protoxyde d'azote.

Les opérations longues, petites ou grandes, l'alcoolisme, contre-indiquent l'emploi du brométhyl. Chez les buveurs, on ne peut habituellement produire une narcose suffisante ni avec les petites doses ni avec les grandes. De même chez les personnes qui n'ont pas assez de force de caractère pour supporter le masque plusieurs secondes, il est difficile d'obtenir les effets utiles du médicament.

Chez les phthisiques, les cardiaques, les brightiques, et en outre chaque fois qu'il faut user de très hautes doses, le brométhyl peut devenir aussi dangereux que le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, etc. Dans la littérature, il existe deux cas de mort avec lui, un de Roberts et un de Sims. De plus, Muller a publié deux cas de catarrhe intense des voies respiratoires terminés par guérison et provoqués par 100 grammes de brométbyl. Dans un cas d'extirpation de ganglions strumeux, Szuman a eu une bronchite aiguë qui a évolué rapidement; la température était montée subitement à 40°2. Wiedemann, Hœckermann l'ont vanté dans les accouchements pour diminuer les douleurs dans le travail. Szuman en a employé de 30 à 50 grammes dans la période d'expulsion et a vu les douleurs diminuer sans que le travail soit troublé.

Le mélange de vapeurs brométhyliques avec l'air doit être plus concentré qu'avec le chloroforme pour produire la narcose. Il doit y avoir, d'après Richardson, 8 à 10 p. 100 d'anesthésique pour 90 à 92 p. 100 d'air atmosphérique. La vapeur est donc beaucoup moins toxique que celle du chloroforme. Avec le brométhyl, la sensibilité à la douleur s'éteint d'abord plus ou moins, puis, en poursuivant l'anesthésie, la connaissance et le sens du tact disparaissent pendant que la rigidité musculaire persiste souvent. Aussi la narcose, par cet anesthésique, ne convient pas pour les réductions de luxation ou de fracture. Souvent il se produit une roideur musculaire cataleptiforme qui disparaît après la narcose; souvent aussi il survient une dilatation de la pupille, même dès le début de l'anesthésie; ce phénomène n'est pas alarmant comme quand il s'agit du chloroforme.

Le brométhyl est éliminé plus facilement que le chloroforme et le bromoforme, d'où résulte moins de persistance de l'action. En injections sous-cutanées, il est toxique à 0,17 pour 100 grammes du poids de l'animal, le bromoforme l'est à 0,15.

Le brométhyl est en concurrence avec le protoxyde d'azote et la cocaïne en injections

sous-cutanées. Lorsque ces injections furent préconisées, Szuman abandonna le composé bromé, mais y revint bientôt.

Le chloroforme peut remplacer tous les autres anesthésiques; cependant, pour les petites opérations, on doit rechercher un corps agissant faiblement, fatigant peu les organes et peu dangereux. Le brométhyl remplit tous ces *desiderata*. Enfin, il permet d'opérer avec un serviteur intelligent sans assistance de confrère. Le réveil est très rapide et facile.

Turnbull (*Journal of the American med. Assoc.*, nov. 1885), en 1880, l'avait employé huit ou neuf cents fois. Il n'a jamais observé d'irritation des voies respiratoires. En prolongeant l'action de la substance sur un chien jusqu'à la mort apparente, on n'a constaté aucune excitation des muqueuses oculaires, et l'animal a pu se rétablir en cinq ou six minutes. Le brométhyl est excellent pour les petites opérations qui ne doivent pas durer plus de quarante minutes. Les principaux effets physiologiques sont l'accélération du pouls, la rigidité des membres et les tremblements, un abaissement de température d'un demi-degré. L'urine ne renferme ni albumine, ni sucre, et la nutrition ne paraît pas atteinte par l'emploi répété. On peut endormir, quand on l'administre bien, en deux ou trois minutes.

Phillips regarde aussi le brométhyl comme un anesthésique sûr et efficace, quand l'anesthésie doit être de courte durée, et quand il est manié par des mains habiles. Les effets sont fugaces et, dans la règle, il n'y a pas les inconvénients consécutifs du chloroforme. Tous ses auteurs le préconisent pour la chirurgie oculaire, mais, actuellement, la cocaïne l'a détrôné sur ce point. Quand l'opération fut longue, et qu'il fallut répéter l'administration, Phillips vit lui-même se produire des vomissements. Il insiste sur les phénomènes d'excitation et de congestion de la face qui se voient au début de la narcose. L'anesthésie ne dura pas plus d'une demi-minute.

Pour l'administrer, on roule une serviette en cône en mettant un papier fort entre les plis, et on place l'appareil sur la bouche et les narines. La dose est de 2 à 6 grammes et le malade doit faire des inspirations profondes. On peut observer chez les jeunes sujets le relâchement des sphincters et l'évacuation de l'urine et des fèces. En somme, il serait très bon pour les opérations de courte durée chez les adultes peureux et les enfants trop jeunes pour la cocaïne.

En France, le bromure d'éthyle a d'abord été étudié au point de vue expérimental par Rabuteau. Verneuil, Terrillon, Berger l'ont employé comme anesthésique. Il faut remarquer qu'il permet l'anesthésie locale dans l'emploi du thermo-cautère, car on peut continuer la pulvérisation pendant l'opération. Bourneville et d'Ollier ont administré le brométhyl dans l'hystérie et l'épilepsie; ils l'ont employé en inhalations quotidiennes pendant plusieurs mois et ont observé la diminution du nombre des accès convulsifs.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie, par M. le docteur J. Moricourt. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

L'auteur, ancien élève de Burq, étudie d'abord l'historisque de la question et passe ensuite en revue les instruments et les procédés opératoires. Un chapitre des plus intéressants est consacré à la métalloscopie dans les aptitudes métalliques dissimulées Si l'on se sert pour la découverte du métal d'un aide en état de somnambulisme, cette découverte devient rapide et facile tandis qu'autrement elle peut être très fatigante par sa longueur.

Les différentes théories pour expliquer l'action des métaux sont exposées avec le plus grand soin; l'auteur penche naturellement vers les idées de son maître et admet que dans les maladies nerveuses il y a un fluide produit en excès et mal réparti.

La deuxième partie est consacrée à l'étude de la métallothérapie et des malades sus-

ceptibles d'être guéris par elle. On y trouve réunis les travaux sur le traitement du choléra et de la fièvre typhoïde par le cuivre.

Une étude abrégée du magnétisme termine cet intéressant petit volume. — P. N.

La pratique du massage, par W. Murrell, professeur à Westminster College; traduit par le docteur O. Jennings, avec une introduction par le docteur Dujardin-Beaumetz. — J.-B. Baillière, 1888.

Nous avons eu à rendre compte depuis peu d'années de plusieurs ouvrages consacrés au massage; c'est une pratique qui se généralise de plus en plus, et depuis qu'elle est scientifiquement étudiée, qu'elle n'est plus l'apanage d'empiriques louches, elle intéresse vivement tout le corps médical.

Notre maître, M. Dujardin-Beaumetz, a honoré le livre de Murrell d'une préface, c'est se porter garant de sa valeur. « Nos confrères qui s'occupent particulièrement du massage n'habitent que les grandes villes et, à Paris même, leur nombre est des plus restreints, comparé surtout aux maladies si nombreuses dans lesquelles on retire un avantage de la massothérapie. Si donc le médecin veut faire disparaître dans nos campagnes et dans nos villes la concurrence si redoutable que lui fait le rebouteur, il doit se mettre à étudier la massothérapie et les manipulations qu'elle met en jeu. En peu de temps, il deviendra habile en la matière; l'ouvrage du docteur Murrell lui sera, à cet égard, des plus utiles, car il y trouvera la description minutieuse et précise de tout ce qui a trait au manuel opératoire; aussi ne saurais-je trop lui en recommander la lecture. »

Les titres des principaux chapitres indiquent suffisamment la portée du livre: *Manuel opératoire*, le *Masseur et la Masseuse* (chapitre excellent et très pratique), *Action physiologique du massage*, le *Massage dans la paralysie*, la *Constipation*, le *Rhumatisme*, le *Lumbago*, la *Neurasthénie*, l'*Irritation spinale*, les *Maladies organiques*, les *Opérations chirurgicales* (ici sont exposés les récents travaux de notre collègue G. Berne, si compétent en pareille matière), dans les *Intoxications*, les *Maladies utérines*. — P.-L. G.

REVUE DES JOURNAUX

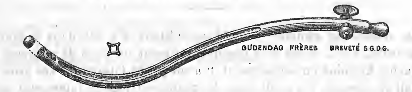
Plaie du ventricule gauche. — Le docteur Kiankoff a cité dans le journal russe, *Russkajà Medizina*, n° 42, le cas d'un Cosaque qui reçut un coup de poignard au niveau du sein gauche. Examiné immédiatement, il avait perdu l'usage de ses sens et sa respiration était stertoreuse. Il y avait dans le quatrième espace intercostal, sur la ligne mammaire, une plaie longue d'un pouce et demi, et une hémorrhagie abondante. On nettoya la plaie, on appliqua un pansement compressif, et on administra des agents propres à réparer les forces. Le lendemain, le blessé avait repris sa connaissance; le pouls était à 90, mais petit; la température était de 99,5° Farenh. La percussion de la région cardiaque donnait une grande augmentation de la matité. A la fin de la quatrième semaine, il quitta l'hôpital, considéré comme guéri. Cinq jours plus tard, il tomba mort, dans les efforts qu'il fit pour soulever un lourd fardeau. L'autopsie fit voir la plaie de la peau et celle de la couche pariétale du péricarde entièrement cicatrisées. Le péricarde était plein d'un sang noir. Dans la paroi du ventricule gauche, il y avait une plaie béante d'un demi-pouce de longueur avec bords épaissis. Il y avait une légère dégénération graisseuse des tissus musculaires adjacents, et un faible degré d'endocardite subaiguë. Dans ce cas, il est probable que des ménagements suffisants, quant aux efforts physiques, auraient eu pour résultat une guérison permanente. La plaie s'était certainement cicatrisée, mais la cicatrice, trop récente et trop molle, n'avait pu résister à une pression non ordinaire du sang. Il y a donc dans ce fait un enseignement pratique, au point de vue de la conduite à suivre en pareil cas. L'auteur termine par la statistique suivante : sur les cas de plaies du cœur consignés dans la science, il y a environ 7 p. 100 de guérisons. — R.

Position de la vulve chez les femmes de couleur. — Le docteur Raphaël Weiss a consigné dans la *Revista de Ciencias medicas* de la Havane, ses recherches sur la position comparée de la vulve chez les femmes blanches et chez les femmes noires. D'après ses mensurations sur des femmes de couleur multipares, la distance moyenne du coccyx à la fourchette est de 5.6 centimètres, et celle entre la fourchette et la symphyse de 6.8 centimètres, ce qui donne une distance de 1.8 centimètre entre l'anus et la fourchette. Si l'on compare ces mesures avec celles données par Föster pour les femmes européennes multipares, à savoir 7.2, 4.7, et 2.2 centimètres, il est évident que la vulve occupe une position plus basse chez les négresses que chez les Européennes. Les mensurations prises sur les Européennes par le docteur Weiss diffèrent peu de celles prises par Föster. Il a constaté qu'une position très basse de la vulve chez les femmes blanches est très exceptionnelle, tandis qu'une position très élevée n'est pas rare, la distance cocci-vulvaire étant dans quelques cas de 8.6 centim. Chez les femmes de sang nègre sans mélange de sang blanc, il n'a jamais rencontré une position élevée, et quelquefois la position de la vulve était si basse que la fourchette occupait la place que l'anus occupe habituellement chez les femmes blanches. Ces différences anatomiques ont une conséquence fonctionnelle qui n'est point sans importance, c'est que, dans la parturition, la période de distension périnéale est beaucoup plus courte et moins douloureuse chez les femmes de couleur que chez les blanches. (*The Lancet*, 5 mai 1888.) — R.

Une nouvelle sonde à injections intra-utérines

Construite sur les indications du docteur Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité.

La nouvelle sonde à injections intra-utérines que viennent de construire MM. Gudendag frères, 19, rue de l'Odéon, sur les indications du docteur Ad. Olivier, et que M. le professeur Tarnier a bien voulu présenter à l'Académie de médecine dans la séance du 17 juillet, n'est point une sonde à double courant. Ainsi qu'on peut le voir en examinant la figure, le reflux du liquide est assuré au moyen de quatre cannelures qui



partent des yeux de la sonde et se terminent à l'union du tiers moyen et du dernier tiers. On se rendra compte de la disposition et de la profondeur de ces cannelures sur la coupe placée au-dessus de la figure d'ensemble. Avec cette disposition, on est sûr que, si un caillot vient à boucher une ou deux des cannelures, l'écoulement se fera par les autres. La plupart des sondes en usage aujourd'hui présentent un vice capital; on ne peut les nettoyer et on ne peut acquérir la certitude qu'elles sont absolument aseptiques, et cela parce que leur extrémité est fermée et que les yeux sont placés à 1 ou 2 centimètres de cette extrémité. Il existe donc en ce point un cul-de-sac dans lequel des éléments septiques peuvent se loger sans que l'accoucheur puisse les en déloger, sans même qu'il s'en aperçoive. La nouvelle sonde fait disparaître ce grave inconvénient; elle est, en effet, ainsi qu'on peut le voir sur la figure, coupée au delà des yeux. L'extrémité qui est pleine est reliée au corps de la sonde au moyen d'un pas de vis. La surface extérieure de cette extrémité est arrondie, hémisphérique; la surface qui regarde l'intérieur de la sonde est plane; de la sorte aucun élément septique ne peut s'y loger.

L'extrémité se dévissant, on peut laver le canal de la sonde à grande eau, le brosser même avec un balai de crin s'il est nécessaire. Il est quelquefois difficile de faire péné-

trer dans l'utérus les sondes qui ne présentent qu'une courbure; celle-ci en possède deux; elle a été construite sur le modèle des sondes de Sims et de Bozemann. L'introduction en est extrêmement facile. Enfin, à l'origine se trouve un robinet qui permet de modérer à volonté et d'arrêter l'écoulement du liquide.

Notre sonde a été construite en métal nikelé et en caoutchouc durci. Les sondes métalliques ne permettant pas l'emploi des solutions de sel de mercure, aujourd'hui en usage en obstétrique, sous peine de destruction rapide, force nous a été de chercher une substance inattaquable par ces sels, c'est le caoutchouc durci que nous avons choisi. Cette substance permet de construire des sondes qui ont la solidité nécessaire en même temps qu'une certaine souplesse; si on plonge la sonde dans l'eau bouillante, on peut en modifier à volonté les courbures. Enfin, on peut sans inconvénient laisser l'instrument d'une façon permanente dans une solution de sublimé, ce qui en assure l'asepsie absolue.

En résumé, notre sonde présente les avantages suivants : elle est d'un nettoyage facile; elle assure le reflux du liquide et elle permet l'emploi des solutions antiseptiques, quelles qu'elles soient.

FORMULAIRE

Traitement des kystes sébacés du cuir chevelu. — Guayraud.

Pour enlever le kyste glandulaire ou sébacé du cuir chevelu, vulgairement désigné sous le nom de loupe, on divise celle-ci par transfixion au moyen du bistouri, et on détache avec des pinces les deux moitiés de l'enveloppe kystique. L'opération ainsi pratiquée est plus rapide et moins douloureuse, que si l'on essayait d'enlever la tumeur sans l'ouvrir. On applique sur la plaie une rondelle d'amadou, maintenue en place au moyen d'un bandage légèrement compressif. — Dans le cas de tumeurs volumineuses ou ulcérées, de plus grandes précautions doivent être prises, à cause de l'adhérence possible de la tumeur aux parties profondes, au périoste et aux os. — Que l'opération soit pratiquée comme il vient d'être dit, ou par la cautérisation, il est indispensable d'employer dans toute leur rigueur les pansements antiseptiques. — N. G.

COURRIER

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membres du Comité d'organisation du Congrès international de thérapeutique : MM. Bardet, docteur, secrétaire de la Société de thérapeutique; Blondel, secrétaire de la Société de thérapeutique; Boymond, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique; Bucquoy, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux; Créquy, docteur, membre de la Société de thérapeutique; Delpech, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique; Dujardin-Beaumetz, docteur, membre de l'Académie de médecine; Féréol, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux; Fernet, docteur, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux; Gueneau de Mussy, docteur, membre de l'Académie de médecine; Labbé, docteur, secrétaire de la Société de thérapeutique; Mayet, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique; Moutard-Martin, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux; Paul (Constantin), docteur, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Société de thérapeutique; Petit, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique; Vidal, docteur, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux; Vigier, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique.

— Par arrêté en date du 16 juillet 1888, le ministre du commerce et de l'industrie a nommé membre du Comité d'organisation du Congrès international de zoologie : MM. Balbiani, professeur au Collège de France; Barrois (Jules), directeur au Laboratoire

de Villefranche; Blanchard (Emile), membre de l'Institut; Blanchard (Raphaël), agrégé de la Faculté de médecine, secrétaire général de la Société zoologique; Certes, inspecteur général des finances; Chapes, ancien élève de l'Ecole polytechnique; Chatin (Joannès), membre de l'Académie de médecine, agrégé de l'Ecole de pharmacie; Cotteau, correspondant de l'Institut; Delage, professeur de zoologie à la Sorbonne; Deniker; Filhol, maître de conférences à la Faculté des sciences; Fisher (P.), docteur; Giard, maître de conférences à l'Ecole normale; Guerne (de); Jullien, président de la Société zoologique; Künckel d'Herculais, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle; Lacaze-Duthiers (de), membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille; Mégnin; Milne-Edwards, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Oustalet, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle; Perrier (E.), professeur au Muséum d'histoire naturelle; Pouchet (Georges), professeur au Muséum d'histoire naturelle; Quatrefages (de), membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Ranvier, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France; Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier; Schlumberger, président de la Société géologique de France; Simon (Eugène); Vaillant (Léon), professeur au Muséum d'histoire naturelle.

— Par décret, en date du 17 juillet 1888, M. le docteur Gaché est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — *Allocation d'une subvention de 6,000 fr. à M. Marey.* — La subvention de 6,000 francs accordée à M. Marey, directeur de la station physiologique du Fonds-des-Princes, est portée à 12,000 fr.

Cette subvention sera spécialement affectée à des études physiologiques ayant pour but de perfectionner l'éducation physique de l'homme et d'améliorer les conditions de son travail.

Dans sa séance du 25 juillet, le Conseil, sur la proposition de M. Patenne, a voté la création d'un dispensaire pour enfants malades dans le XXe arrondissement.

Le Conseil a voté dans la même séance, sur la proposition de M. le docteur Chautemps, l'organisation du service de M. le professeur Grancher en vue de l'application de l'antisepsie médicale à l'hôpital des Enfants-Malades.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Etienne Muston, docteur en médecine, décédé à Montbéliard le 29 juillet 1888, à l'âge de 70 ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 6 août 1888, à quatre heures très précises au Palais de Justice dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Suite de la discussion sur le mémoire de M. Vibert : Des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 3. Vote sur la candidature de M. Minovici au titre de membre associé étranger. — 4. Communications diverses.

POSTES MÉDICAUX. — Nous rappelons à nos lecteurs que nous recevrons avec plaisir les indications qu'ils pourraient nous donner sur des postes vacants. Un de nos confrères nous demande en ce moment un poste médical où il puisse être assuré d'une certaine clientèle dès la première année, sa situation de fortune ne lui permettant pas d'attendre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des anémies vraies.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

II. LES CHLOROTIQUES.

La chlorose constitue une des maladies les plus nettement caractérisées de la croissance et de la période de formation. Dans mon *Traité des anémies* (1867), j'ai démontré que la chlorose peut se développer soit par voie d'hérédité, soit par l'accroissement chez les très jeunes enfants des deux sexes, et on voit des familles dont tous les enfants sont chlorotiques. C'est surtout chez les jeunes filles arrivées à la période de formation qu'on observe le plus souvent cette maladie qui se prolonge fréquemment pendant toute l'adolescence et s'arrête à l'âge adulte. Comme la chlorose développe souvent des accidents nerveux, on a interverti l'ordre, et on a rattaché la maladie encore une fois à la catégorie si mal délimitée des névroses. D'autre part, comme les chlorotiques ont souvent des troubles digestifs, surtout la constipation, on a encore une fois méconnu la filiation des symptômes, et, dans ces derniers temps, Duclos (de Tours) et Andrew Clark (de Londres) n'ont vu dans cet état morbide que le résultat de la constipation avec ou sans ptomaïnes et autres produits de décomposition. Ces hypothèses sont renversées par tous les travaux d'hématologie qui commencent à Andral et Gavarret et se continuent de nos jours par les études de spectroscopie. En 1842, Andral et Gavarret avaient déjà constaté par la méthode des pesées que le poids des hématies pouvait être abaissé de 12,7 à 3,8 p. 100. Becquerel et Rodier trouvèrent au moyen de l'analyse quantitative que le poids du fer des globules était diminué dans la proportion de 0,55 p. 100 à 0,31 p. 100 dans la masse sanguine. Mais ce n'est pas le nombre des globules qui s'abaisse; c'est leur teneur en hémoglobine, c'est aussi leur pouvoir respiratoire qui est amoindri.

Hayem, à l'aide de comparaisons colorimétriques avec des solutions sanguines déterminées, et Malassez, en combinant la mesure du pouvoir colorant et la numération des globules, arrivèrent à établir que la richesse en hémoglobine de chaque hématie était tombée à la moitié de sa valeur normale (qu'ils estimèrent à 30 millionièmes de millionième de gramme). En 1880, Quinquaud trouva une diminution encore plus marquée du *pouvoir respirateur du sang,* qui est abaissé dans la proportion de 24 à 8 p. 100. En observant la quantité d'oxyhémoglobine chez 28 chlorotiques et chez

21 tuberculeuses à divers degrés de l'évolution morbide, Barbaut constata que chez les chlorotiques avérées avec décoloration de la peau et des muqueuses, avec souffles vasculaires, avec ou sans symptômes subjectifs, le taux de l'hémoglobine était descendu entre 6 p. 100 et 4,4 p. 100, tandis que chez les malades atteintes d'affections gastriques ou utérines et n'offrant que les symptômes purement fonctionnels de la chlorose, le chiffre de l'hémoglobine était égal ou à peine inférieur à la normale, de même que chz les tuberculeuses examinées dans la même série. Enfin, en 1887, Grüber, après avoir étudié les altérations du sang sur une série de 23 chlorotiques, chez quelques-unes desquelles les symptômes dataient déjà de plus de trois ans, conclut de ses examens : 1° que chez ces malades *le nombre des hématies reste généralement très voisin de la normale* et ne descend guère au-dessous de 4,480,000, même dans les cas anciens; 2° que le *volume des globules rouges* est variable et qu'on peut tout au plus admettre dans certains cas une diminution insignifiante, ne dépassant guère 1 μ et ne s'accompagnant d'aucun changement de forme caractéristique; 3° que le *taux de l'oxyhémoglobine subit une dépréciation,* qui peut l'abaisser jusqu'à 5 p. 100 environ et qui entraîne un *amoindrissement dans la richesse ferrugineuse et dans le pouvoir absorbant et respirateur du sang*, les autres éléments hématiques demeurant sensiblement normaux; 4° qu'enfin l'*alcalinité du sang présente un accroissement* assez considérable pour fournir un caractère presque pathognomonique.

Ces deux derniers observateurs ont noté aussi que chez les chlorotiques le régime seul ou le fer prescrit à des doses faibles (sauf lorsqu'on l'administre à l'état de sel phosphaté) demeurent toujours inefficace, et que, *seul, le fer absorbé à hautes doses produit une amélioration manifeste*, que le régime ne suffit même pas à entretenir et qui d'ailleurs ne parvient jamais à relever le taux de l'oxyhémoglobine jusqu'au chiffre normal. Je crois intéressant de rappeler, à ce propos, que Mayer et Robert, qui ont mesuré l'alcalinité du sang en dosant l'acide carbonique, ont montré aussi que, dans les intoxications aiguës ou chroniques par le fer, l'alcalescence du sang se trouvait diminuée.

III. LES ANÉMIQUES VRAIS.

Doit-on admettre, à côté de la chlorose ainsi caractérisée, l'autonomie des ANÉMIES VRAIES, DITES ESSENTIELLES OU SPONTANÉES. — On a signalé des cas où les symptômes subjectifs et objectifs étaient accompagnés à la fois d'*hypoglobulie* et d'*augmentation du pouvoir de réduction.* L'hématie n'est pas seule en cause, en effet, dans l'énergie des échanges organiques, et le rôle de l'activité propre aux tissus eux-mêmes est loin d'être indifférent. Mais, en dehors de certaines anémies des mineurs qui rentrent sans doute dans les pseudo-anémies d'origine toxique ou parasitaire, il est permis de penser qu'un bon nombre des anémies ou des chloroses, accompagnées ou non d'une énergie de réduction accrue, peuvent offrir un ensemble de symptômes justiciable d'une chlorose au cours de laquelle est survenue quelque hémorrhagie accidentelle, ou bien aussi, inversement, d'une anémie hémorrhagique sur laquelle est venue se greffer l'influence d'une ou de plusieurs des causes, pour ainsi dire banales, de pseudo-anémies inhérentes au régime, à la ventilation, aux habitudes professionnelles, à l'hygiène générale, en un mot, à laquelle le malade est communément soumis. En tout cas, avant d'admettre, à côté de la chlorose oligochromique et alcalescente, une chlorose

hypoglobulique et non alcalescente, il convient de songer aux diverses combinaisons possibles, d'une part entre la chlorose et l'anémie hémorrhagique, d'autre part entre l'anémie hémorrhagique et les pseudo-anémies des inanitiés, des apnéiques, des épuisés, des intoxiqués et des septicémiques.

CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES.

D'après cela, si on vous met en présence d'un malade chez lequel le traitement par les ferrugineux à doses élevées aura échoué, vous chercherez à établir le diagnostic exact à l'aide de l'examen hémospectroscopique et à l'aide d'une enquête consciencieuse au sujet des conditions défectueuses auxquelles se trouve exposé le patient en raison de son genre d'existence. En vous rappelant encore que, si l'inanition résultant d'une alimentation privée d'albuminoïdes peut abaisser le nombre des hématies et diminuer jusqu'à 10 ou 9,5 p. 100 le chiffre de l'oxyhémoglobine, l'amélioration du régime suffit en pareil cas pour relever graduellement la quantité d'oxyhémoglobine jusqu'au taux normal, je vous aurai suffisamment convaincus, je l'espère, de la nécessité de rechercher soigneusement les indications causales et d'instituer en conséquence un traitement hygiénique, — aidé au besoin et suivant les cas, d'une thérapeutique médicamenteuse, — chez les sujets qui présentent les manifestations variées des anémies fausses ou véritables.

Les fausses anémies (Sahli in *Centr. blat.*, n° 36, 1887) résistent aux préparations ferrugineuses; on rencontre des individus dont l'apparence fortement anémiée peut vous faire oublier que ce sont des épuisés, des intoxiqués par des gaz délétères, ou des virulents tuberculeux, cancéreux, syphilitiques, paludéens; chez eux, le sang est normal ou modifié d'une façon spéciale ou spécifique, malgré la décoloration de la peau et des tissus, le fer échoue et souvent fait du mal. Par contre, il n'est pas rare de trouver des chlorotiques florissantes qui, malgré leur aspect, présentent un déficit notable d'hémoglobine; elles guérissent, au moins temporairement, par l'usage du fer.

Il y a même des anémiques vrais, comme les exsangues, qui ne doivent être soumis à l'usage du fer qu'avec les plus grandes précautions; si à une femme fortement menstruée vous donnez du fer, avant d'avoir traité la cause des hémorrhagies, si chez une autre femme atteinte de métrorrhagies dépendant d'une tumeur fibreuse de l'utérus, vous prescrivez les préparations martiales avant d'avoir arrêté le sang par des hémostatiques, si enfin chez un hémorrhoïdaire qui prétend être soulagé de ses maux par des pertes plus ou moins régulières de sang, vous ordonnez le fer, vous arriverez à des résultats déplorables; le fer augmente toutes ces hémorrhagies, et c'est tout au plus s'il est applicable dans la période d'accalmie.

Reste cette classe mal définie d'anémies vraies, indépendantes des hémorrhagies et de la chlorose et dépendantes probablement d'un fonctionnement défectueux de la formation des globules dans la rate et surtout dans la moelle des os; ici les préparations ferrugineuses trouvent leur emploi, à la condition que les fonctions digestives soient en bon état. Or, dans toutes les anémies hémorrhagiques, chlorotiques et primitives, l'étude du suc gastrique nous révèle des surprises; si, comme c'est fréquent chez les anémiques et parfois chez les chlorotiques, l'acide chlorhydrique est en excès, s'il y a hyperchlorhydrie, l'usage presque exclusif des viandes et des albu-

minates suffira, non seulement pour mettre fin à la dyspepsie hyperchlorhydrique, pour faire fonctionner l'estomac et les intestins frappés d'atonie, mais encore pour guérir la maladie chlorotique ou anémique. Il m'arrive rarement de prescrire le fer, parce que j'en trouve suffisamment dans la chair musculaire que j'ordonne à *hautes doses*; la viande crue à 300 ou 400 grammes par jour rétablit rapidement l'équilibre; une pareille quantité de viande, c'est du fer naturel combiné avec les albuminates et du fer à haute dose.

Plaie pénétrante du cou par instrument tranchant. Anévrysme artério-veineux de la carotide interne et de la jugulaire interne. Mort au dixième jour. — Autopsie.

Par le docteur P. Josso,

Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Si les cas d'anévrysmes artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne sont rares, puisque dans son excellent mémoire paru dans la *Revue de chirurgie* de 1886, le docteur Pluyette n'en peut citer que 16, ceux de la carotide interne et de la jugulaire interne semblent encore moins fréquents. Dans son article Carotide, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* le professeur A. Richet ne peut, en effet, réunir que 5 cas de cette affection remarquable : ceux de Joret, Desparanches, A. Bérard et Giraldès, puis un autre qui, d'après Follin, aurait été observé en Angleterre; ayant été assez heureux pour en observer un sixième, je m'empresse de le faire connaître, d'autant que les phénomènes observés ont été de tous points remarquables. Des phénomènes cérébraux variés sont assez habituellement observés après la ligature de la carotide primitive ou d'une de ses branches terminales, l'interne en particulier, mais ils semblent absolument rares dans les anévrysmes artério-veineux de cette région; car c'est à peine s'il en est fait mention, au moins pour l'anévrysme artério-veineux de la jugulaire interne et de la carotide interne. On dit bien que, dans le cas de Giraldès, on observa quelques symptômes cérébraux et une certaine altération dans la phonation, mais on n'est pas sûr que ces phénomènes tinssent à la présence de l'anévrysme.

Observation. — La femme L..., âgée de 34 ans, ménagère, de taille moyenne, mais vigoureusement constituée, demeurant avenue Sainte-Anne, à Nantes, est violemment frappée par son mari, au cours d'une discussion plus que vive, à l'aide d'un couteau, dans la région antéro-externe du cou, le 25 février 1888; une hémorrhagie, très abondante, se produisit aussitôt accompagnée d'une syncope complète et, phénomène rare à une date si rapprochée du début, *hémiplégie totale.* Un médecin mandé en toute hâte constata une ecchymose pharyngienne assez étendue, et voyant du sang dans l'oreille, trompé par l'apparence de la blessure, qui, ne saignant plus, paraissait légère, mit les accidents cérébraux sur le compte d'une fracture de la base du crâne, déterminée par la chute.

Le coma dura un peu plus de vingt-quatre heures, mais, quand la connaissance fut recouvrée, un autre phénomène plus curieux encore fut remarqué; la malade était *aphasique.* Il fut décidé alors d'envoyer la blessée à l'Hôtel-Dieu, où elle fut transportée le 29 dans l'après-midi. A la visite du 1er mars, je constatais les phénomènes suivants : Hémiplégie totale du côté droit, sensibilité émoussée, mais conservée; hémiplégie incomplète de la face à gauche, rien du côté des paupières ni des yeux, un peu de dysphagie, aphasie. Un seul mot subsiste : Non. La voix est légèrement rauque, mais

il n'y a pas d'aphonie; rien du côté de la respiration, régulière et normale; rien du côté des fonctions digestives et urinaires, qui se font très bien. La température est normale, le pouls petit, précipité, bondissant, comme il est fréquent de le trouver après de grandes hémorrhagies. L'auscultation du cœur est singulièrement gênée par un phénomène dont j'aurai à parler tout à l'heure.

Cette femme porte à la partie antéro-externe du cou, dans la région pharyngo-maxillaire du côté gauche, un peu au-dessous du niveau de l'angle du maxillaire inférieur, une blessure de 1 centimètre 1/2 environ, légèrement triangulaire, à bords nets, sans traces d'ecchymoses alentour. En palpant les environs de cette blessure, je trouve un thrill des plus accentués, dont la vibration se propage assez loin, il existe là une tumeur réuitente qui soulève la région et qui semble du volume d'une grosse noix. L'examen sthétoscopique permet d'entendre, même à distance, ce bruit de souffle à double courant avec renforcement si caractéristique. Ce bruit de souffle se propage très loin, tout le long du rachis et sur le crâne en particulier; on l'entend manifestement le long du trajet des gros troncs artériels; c'est lui qui gêne l'auscultation du cœur. Il faut, maintenant que nous savons qu'il y a là une phlébartérie, chercher quels sont les vaisseaux ouverts et mis en communication anormale. La blessure est un peu haut pour intéresser la carotide primitive, à moins que ce ne soit juste à sa bifurcation. La persistance du pouls temporal parfaitement accentué, et aussi fort du côté lésé que de l'autre, semble indiquer l'intégrité de la carotide externe, et les accidents cérébraux plutôt une lésion de la carotide interne. On porte donc le diagnostic d'anévrysme artério-veineux de la carotide interne et de la jugulaire interne. L'aphasie nous empêchant d'avoir plus de détails sur les sensations éprouvées par la malade, compliquée qu'elle est de l'impossibilité d'écrire, nous nous en tenons là et pansons la blessure à l'iodoforme, après lavage au sublimé, puis un bandage compressif modérément serré est mis en place. La plaie, du reste, ne saigne plus et ses bords semblent agglutinés.

Dans la nuit du 2 au 3, une hémorrhagie assez abondante se produisit qui nécessita un bandage compressif un peu plus serré. Dans la nuit du 4 au 5, la malade, probablement gênée par la compression, enleva son bandage; il en résulta une hémorrhagie nouvelle, mais peu abondante. Il fut nécessaire de renouveler le pansement, et on prit la précaution d'attacher la main gauche; néanmoins, dans la nuit du 6 au 7, à deux heures du matin, elle parvint à enlever en partie son appareil et causa une hémorrhagie foudroyante qui devait être la dernière, car, en moins de deux minutes, elle était morte.

L'autopsie, pratiquée le 10, nous donne les résultats suivants : Le cadavre, absolument décoloré, a le ton de l'ivoire. Au niveau de la blessure, la dissection permet de reconnaître que la peau et le muscle sterno-mastoïdien ont été perforés; la carotide interne est tranchée en entier à 1 millimètre de son origine et la jugulaire interne divisée dans les trois quarts de sa circonférence; nulle trace de sac entre les deux vaisseaux. Le sang, en s'épanchant, a écarté les fibres du muscle et y a déterminé une cavité où on pourrait loger une petite noix; cette cavité est remplie par un caillot de date récente; quelques filaments fibrineux se remarquent sur les parois et dans les interstices des fibres musculaires distendues. Les désordres sont tels qu'il nous est impossible de retrouver le pneumo-gastrique pourtant si voisin, et que je cherche pour vérifier si la raucité de la voix observée est due à une lésion de ce nerf, comme cela semble probable. Notre attention étant appelée du côté du cerveau, nous nous mettons en devoir de l'extraire. L'examen de la base et de la voûte du crâne nous permettent de reconnaître qu'il n'existe aucune fracture; l'ecchymose pharyngienne aura donc été probablement causée par la pénétration de la lame dans le pharynx; je dis probablement, car ce n'est que plus tard que j'eus connaissance de ce fait, et, au moment de l'autopsie, notre attention n'étant point attirée de ce côté, aucune investigation n'y fut faite.

Le cerveau, enlevé délicatement, fut, séance tenante, immergé dans l'alcool à 90°, et l'examen renvoyé au lundi 12. Des coupes, même pratiquées horizontalement, permettent de reconnaître un léger piqueté congestif dans la substance blanche des deux côtés; de plus, dans le lobe frontal gauche, daas la région du centre ovale, au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale, existe un foyer de ramollissement récent de

la grosseur d'une grosse olive qui, par son aspect et sa consistance crémeuse, tranche sur les parties environnantes. La substance cérébrale, en ce point, est absolument ramollie, mais parfaitement blanche, ce qui semble indiquer une lésion très récente et une nécrobiose peu avancée. Ajoutons, pour être complets, la parfaite intégrité des méninges et des artères cérébrales, minces, souples et nullement dégénérées. Les organes thoraciques et abdominaux n'ont été l'objet d'aucun examen. Les organes génitaux seuls ont éte examinés. Les ovaires étaient kystiques et l'utérus, plus gros qu'à l'état normal, absolument vide.

De ceci nous pouvons conclure que des phénomènes cérébraux de la plus grande gravité peuvent se montrer toutes les fois que la circulation cérébrale se trouve brusquement entravée, soit par une ligature, fait déjà bien connu, soit par une blessure étendue de la carotide interne, fait sur lequel il est bon d'appeler l'attention. Ce qui rend le fait présent curieux, c'est la rapidité d'apparition de ces accidents cérébraux redoutables : syncope, hémiplégie, aphasie, coïncidant presque avec l'instant de la blessure artérielle, et surtout leur durée prolongée. L'aphasie, non notée jusqu'ici dans les phénomènes observés chez les personnes atteintes d'anévrysme artério-veineux de cette région, s'explique par le ramollissement trouvé dans la troisième circonvolution, mais il est moins aisé d'expliquer la rapidité de son apparition, à moins d'admettre qu'au moment du coup un caillot ne soit allé se loger dans une collatérale de la branche antérieure de la sylvienne, ce qui est possible après tout. En admettant que notre malade ne fût pas morte des hémorrhagies, provoquées par sa faute, il lui serait resté néanmoins une affection cérébrale très sérieuse. C'est donc là un cas absolument en dehors des faits jusqu'ici observés, et par les accidents produits et par la terminaison fatale et par les suites si la mort n'était survenue. On peut se convaincre, en effet, que les anévrysmes artério-veineux de la jugulaire interne et des carotides sont rarement mortels, et le professeur A. Richet ajoute : « Dans aucun cas, l'anévrysme n'a paru influer d'une manière notable sur la santé des malades. » C'est précisément la rareté du fait qui nous engage à le publier *in extenso*.

BIBLIOTHÈQUE

ACTION DE L'EAU DE VICHY SUR LA NUTRITION, par le docteur FRÉMONT, médecin consultant à Vichy. — G. Steinheil, 1888.

Notre distingué collègue d'internat, le docteur Frémont, vient de faire paraître un important mémoire sur un sujet qu'il a su rajeunir, grâce à la multiplicité des méthodes scientifiques qu'il a mises en œuvre.

Par l'examen du sang (numération des globules, dosage de l'hémoglobine, examen de la réduction de l'oxyhémoglobine), par l'étude sphygmographique du pouls et l'appréciation de la tension artérielle, par l'analyse chimique des urines et la pesée des malades avant et après la cure thermale, Frémont arrive à formuler les conclusions suivantes :

La médication de Vichy : 1° Active les échanges organiques.

2° Elle augmente la richesse du sang ainsi que les forces; sous l'influence de la cure thermale, les globules rouges et l'hémoglobine du sang, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, la quantité d'urée éliminée, l'énergie du cœur et le poids des malades augmentent.

3° Les obèses perdent du poids tout en prenant des forces.

4° Dans les affections suivantes : lithiase biliaire et quelques affections du foie, lithiase

urinaire, goutte, diabète, obésité, elle améliore l'état local présent, modifie l'économie tout entière et *tend à faire disparaître la cause de la maladie; le ralentissement de la nutrition.*

5° La seule contre-indication de l'eau de Vichy, c'est de n'avoir aucune maladie, aucun symptôme quelle ne puisse modifier favorablement.

6° L'eau bue à la source est certainement la partie capitale de cette médication, mais les bains sont d'une grande utilité.

7° L'eau de Vichy agit par sa composition chimique, mais le pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones, dont jouissent les bactéries des sources de la *Grande-Grille* et de l'*Hôpital*, expliquent l'activité de ces sources dans la guérison des affections gastro-intestinales (dyspepsie, dilatation de l'estomac, entérite, etc.)

Le mémoire de Frémont est vraiment un travail d'hydrologie scientifique hors pair.

P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Albuminurie. — Le docteur Semmola a adopté comme moyen de traitement de l'albuminurie, quelle qu'en soit la forme, lorsqu'elle dépend d'une néphrite, la solution suivante : iodure de sodium, 0 gr. 90 centig.; phosphate de sodium, 1 gr. 80 centig.; chlorure de sodium, 5 gr. 40 centig.; dissous dans un liquide aqueux, qui est donné dans les vingt-quatre heures, soit sans mélange, soit avec du lait. (*The med. Record*, 10 mars 1888.) — R.

Syphilis orbitaire. — Le docteur Macerk fait remarquer, dans le *Wiener Klinik*, que, si la syphilis orbitaire est rare, on peut cependant l'observer, aussi bien dans la forme congénitale que dans la forme acquise. Elle débute ordinairement dans la paroi supérieure de l'orbite, se manifestant d'abord par des douleurs violentes, qui sont continues, mais qui deviennent plus intenses le soir et dans la nuit. La paupière se tuméfie, et alors le globe oculaire peut devenir anormalement saillant. Souvent, on observe des symptômes de paralysie des muscles droits et obliques. Tous ces symptômes évoluent lentement, et ont une longue durée. En général, il existe une histoire très claire de la syphilis chez le sujet, ou bien il présente les symptômes de cette maladie dans d'autres parties de son corps. La syphilis orbitaire doit être traitée promptement, car le globe de l'œil peut être envahi subitement, ou le processus morbide, qui est essentiellement une périostite des parois osseuses de l'orbite, peut se propager dans la cavité crânienne, attaquer les méninges, ou le cerveau lui-même. La cure, qui consiste dans l'emploi des moyens antisyphilitiques ordinaires, est toujours longue. (*British med. Journ.*, 5 mai 1888.) — R.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE (1887).

12 janvier. — M. Bernard communique une observation d'*ovariotomie* pratiquée par M. Parmentier. On fit la ligature du pédicule à fil perdu, et la suture de la paroi abdominale fut pratiquée en deux temps : suture du péritoine au catgut, suture de la paroi au fil d'argent et au crin de Florence. La guérison fut rapide.

M. Augier fait connaître un cas de *péricardite suppurée* survenue dans le cours d'un cancer de l'œsophage. Le péricarde était distendu par un demi-litre de pus; le sac péricardique n'était perforé en aucun point, mais, en examinant l'œsophage, on trouva une ulcération épithéliomateuse qui avait amené la production d'un abcès péri-œsophagien. La péricardite purulente s'était produite par contiguité. L'intérêt de cette complication, c'est qu'elle a déterminé la mort; le cancer était peu développé, les aliments

passaient facilement dans l'estomac et le malade n'était pas cachectique. Les épanchements purulents des séreuses ne sont d'ailleurs pas excessivement rares dans le cancer ulcéré de l'œsophage.

Dans un cas récent, M. DESPLATS a vu un malade âgé de 85 ans atteint de pleurésie purulente, ponctionné deux fois dans le service, succomber rapidement. A l'autopsie, on trouva, indépendamment des lésions pleurales, une vaste ulcération de l'œsophage, sur laquelle l'attention n'avait pu être appelée, le malade s'alimentant facilement.

A propos de ce dernier malade, M. AUGIER fait remarquer que, pour lui, il s'agit plutôt d'un néoplasme malin des ganglions médiastiniques que d'un épithélioma de l'œsophage.

M. REDIER, à propos d'un cas d'*occlusion des mâchoires*, émet deux propositions : 1° dans les cas d'occlusion aiguë, il est nécessaire de faire l'ouverture des mâchoires sous le chloroforme, afin de permettre un diagnostic exact, et, par suite, de satisfaire aux indications thérapeutiques; 2° cette occlusion est due à une myosite du masséter et du ptérygoïdien interne. M. Redier combat donc l'opinion classique qui attribue les occlusions à une contracture réflexe.

M. DURET rappelle que certaines occlusions des mâchoires ne peuvent et ne doivent pas être traitées par l'ouverture forcée sous le chloroforme. Les rétractions cicatricielles, l'ankylose temporo-maxillaire, par exemple, nécessitent une intervention chirurgicale d'un autre ordre.

M. DURET présente quelques considérations sur l'*ulcère lupoïde du rectum* dont il a eu l'occasion d'observer un cas. L'extirpation a permis d'examiner la tumeur. Les couches superficielles présentent des bourgeons charnus sans caractères particuliers, mais la couche profonde contient une grande abondance de follicules tuberculeux typiques, avec de nombreuses cellules géantes.

16 février. — M. COUETOUX envoie une note sur l'*antisepsie médicale appliquée à l'hygiène des écoles primaires*. Il résume son sujet en trois propositions : 1° la désinfection fréquente des écoles primaires ne présente pas de difficultés graves ni de sérieux inconvénients; 2° il est très important de désinfecter les écoles en temps ordinaires; 3° en temps d'épidémie, la désinfection des écoles primaires est urgente.

M. DELASSUS présente à la Société un malade de 35 ans atteint d'une *arthropathie scapulo-humérale*. Au point de vue clinique, c'est une arthrite sèche qui s'accompagne, malgré son nom, d'un épanchement considérable le plus souvent. Le sirop de Gibert a fait résorber partiellement le liquide.

M. FAUCON fait une communication sur les *rapports du psoriasis lingual et de l'épithélioma* à propos d'un malade qu'il a opéré avec succès. Malheureusement la généralisation s'est produite assez rapidement dans les ganglions parotidiens, et le malade a succombé plus tard à la cachexie.

M. REDIER conteste la justesse du terme de psoriasis dont on se sert pour désigner indifféremment toutes les leucoplasies buccales. Il ne pense pas que cette affection soit d'un pronostic aussi sévère, et, pour son compte, il en observe, depuis de longues années, de nombreux cas, sans les voir dégénérer jamais en épithélioma.

M. TOISON rappelle que le lichen plan peut avoir des déterminations buccales et simuler le psoriasis. Le diagnostic se fait parce qu'il existe souvent des manifestations cutanées, et qu'on peut obtenir la guérison par les arsenicaux, tandis que le psoriasis vrai est plus tenace et rebelle au traitement.

M. VOITURIER affirme la coïncidence fréquente du psoriasis buccal et de l'épithélioma lingual chez les malades que l'on observe dans la pratique hospitalière.

15 mars. — M. DURET rapporte une observation de *variété rare de fracture du radius* comminutive avec fissures articulaires. Le blessé était tombé le bras derrière le dos; la paume de la main avait porté sur le sol, et il est probable que la fracture s'était pro-

duite par poussée verticale; la diaphyse compacte, ayant pénétré dans l'épiphyse spongieuse, l'avait fait éclater en plusieurs fragments et avait produit des fissures pénétrant jusque dans l'articulation. Il y avait une petite plaie ne communiquant pas avec le foyer de la fracture. Malgré cela, il y eut un phlegmon diffus comprenant ce foyer.

M. Desplats communique les résultats qu'il obtient dans le *Traitemont des ulcères des jambes* par le salicylate de bismuth, sous forme de pommade à 1/10. Un bandage ouaté recouvert d'un silicate solidement fait permet au malade de vaquer à ses occupations.

M. Duret doute que ce traitement puisse suffire dans les ulcères anciens, durs et calleux.

M. Augier montre une pièce de *cancer primitif du corps thyroïde.*

11 mai. — M. Dujardin rapporte l'observation d'un enfant de 16 mois atteint de *gliome de la rétine;* les coupes faites par M. Toison ont confirmé le diagnostic. L'œil était sain; aucune lésion rétinienne, et cependant la vision était complètement abolie; il faut admettre une extension du néoplasme dans l'intérieur du crâne; d'ailleurs, la compression du chiasma explique la cécité double.

M. Rédier montre les *applications que peut avoir la cocaïne en chirurgie dentaire.* Voici le manuel opératoire : on fait une solution au 1/20 de cocaïne et l'on essaye d'introduire sous la muqueuse gingivale le contenu d'une seringue de Pravaz; en réalité, une partie de l'injection ne pénètre pas, la muqueuse gingivale ne se décollant qu'avec une extrême difficulté, à cause de son adhérence au périoste du maxillaire.

L'on attend ensuite cinq minutes et l'on obtient une anesthésie qui permet l'avulsion de plusieurs dents sans phénomènes douloureux.

Le procédé a été essayé dix fois et, sur ces dix cas, neuf fois l'anesthésie a été parfaite; mais si ce procédé est efficace, il est loin d'être sans inconvénients, car, six fois il y eut des accidents généraux, dont quatre d'une assez grande gravité, et se traduisant par des étourdissements, pertes de connaissance, syncope. Il n'est pas rare d'observer localement des abcès, du sphacèle limité et même des périostites, causés par l'injection.

M. Duret présente un *myome utérin enlevé par l'hystérectomie abdominale.* La tumeur pèse 4 kilogr.; elle était élevée et mobile dans le sens latéral.

22 juin. — M. Eustache montre un *sarcome du maxillaire inférieur* dont il a fait l'ablation. Il paraît bien que la tumeur a été centrale primitivement et a débordé secondairement le maxillaire au dedans et au dehors, en détruisant la coque osseuse enveloppante. L'origine semble être dans le canal dentaire lui-même.

M. Toison lit un travail sur les *fistules gastro-cutanées.* Elles peuvent se diviser en deux groupes, selon qu'elles sont primitives (par traumatisme, par élimination de corps étrangers ou ouverture d'abcès) ou secondaires. Ces dernières constituent un accident dans le cours de la maladie qui a provoqué leur formation. Les fistules secondaires peuvent survenir par la seule évolution de la maladie dans le cours d'une lésion de l'estomac : ulcère rond, tumeur maligne, lésion destructive de la paroi thoraco-abdominale, etc.; elles sont alors dites spontanées. D'autres, que l'on peut appeler *palliatives ou chirurgicales,* sont créées de propos délibéré par le chirurgien, afin de remédier à l'insuffisance ou à l'impossibilité de la nutrition par les voies naturelles. Les fistules secondaires sont plus fréquentes durant l'évolution du cancer que dans celle de l'ulcère; souvent la néoplasie provoque la formation d'un abcès, et c'est à la suite de l'ouverture de la collection purulente que s'établit l'ouverture anormale. Une tumeur solide ou fluctuante, présentant des adhérences profondes, survenant chez un malade affecté de cancer stomacal ou d'ulcère rond, localisée au niveau ou bien au voisinage de la zone répondant à l'estomac, donnera très probablement lieu à une fistule. Dans les fistules non cancéreuses, la muqueuse peut faire hernie et simuler une tumeur maligne, mais on la distingue parce qu'elle est réductible et intermittente.

M. Duret rapporte un exemple de *tumeur fantôme de l'abdomen.*

M. AUGIER montre des préparations de sang et de sérosité de suette miliaire contenant des micro-organismes.

23 juillet. — MM. AUGIER et DESPLATS rapportent un cas de *récidive d'endocardite à longue échéance.* Il existait probablement, dans ces valvules chroniquement enflammées, des microbes anciens qui ont pu repulluler.

M. AUGIER communique un fait de *cancer du sein* ayant débuté par les glandes sudoripares et M. LAVRAUD un cas de *syphilis de la gorge.*

M. DURET présente, au nom du docteur DUBOIS (de Fives), une *môle hydatique* pesant 1,300 grammes.

30 novembre. — M. LAVRAUD expose un cas d'*érysipèle de l'oreille moyenne.* L'oreille a été atteinte primitivement.

M. DESPLATS fait remarquer que l'érysipèle a bien pu débuter autour de syphilides ulcéreuses qui existaient dans le pharynx.

M. DURET lit une observation d'*hystérectomie vaginale* suivie de succès.

M. DESPLATS, à propos d'un fait d'*hystérie traumatique,* développe d'intéressantes considérations sur les lésions des centres corticaux donnant lieu à des troubles sensitifs dynamiques. Il y eut destruction du centre moteur et remplacement de la substance cérébrale par une substance colloïde, et cependant, après une hémiplégie qui avait duré plus d'un an, la motilité se rétablit et le malade put exercer, pendant plus de trente ans, sa profession d'ébéniste.

M. DELASSUS communique une observation de *phlegmon sous-péritonéal* qui guérit rapidement par évacuation et drainage.

21 décembre. — MM. DURET et LAVRAUD présentent un cas d'*hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal,* et M. EUSTACHE une observation de *phlébite vulvaire.*

M. BOUCHAUD rapporte des *expériences tendant à démontrer l'impossibilité pour les ascarides lombricoïdes de perforer l'intestin grêle.* L'auteur, après avoir tendu un fragment d'intestin sur un cadre rectangulaire, a cherché à le faire traverser par l'extrémité céphalique de l'ascaride en engageant celle-ci dans un orifice punctiforme percé préalablement. Or, pour attirer le reste de l'ascaride, il faut une force relativement considérable; dans une expérience, il a fallu suspendre un poids de 450 grammes. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

SOMMAIRE : *Pachyméningite hémorrhagique. — Néphrite chronique d'origine infectieuse. — Des injections antiseptiques dans le pneumothorax. — Oreillons sous-maxillaires suppurés.*

M. DUPONCHEL rapporte l'observation d'un soldat de 25 ans, très robuste, mais très alcoolique, qui, ayant éprouvé pendant deux mois des céphalalgies violentes, tomba brusquement dans un état comateux avec hémiplégie, contracture des membres et exagération des réflexes du côté droit, anesthésie presque totale, trépidation épileptoïde, incontinence d'urine et des matières. La température ne s'éleva pas à plus de 38°, et le malade succombait, sans être sorti complètement du coma, soixante-dix heures après le début.

A l'autopsie : Dure-mère épaissie soulevée par un épanchement d'environ 80 grammes de sang noir. Affaissement des circonvolutions cérébrales antérieures. A gauche, adhérences antérieures entre la dure-mère et l'arachnoïde au niveau du tiers antérieur

des circonvolutions frontales. Production néo-membraneuse récente au niveau de la pariétale ascendante; la rupture d'un vaisseau sanguin de nouvelle formation avait été le point de départ de l'hémorrhagie. Pas d'autres lésions qu'une congestion viscérale généralisée; un peu d'hypertrophie cardiaque avec épaississement des valvules mitrale et tricuspide, et un peu d'athérome aortique.

M. Duponchel estime que la trépanation est indiquée dans les hémorrhagies méningées pour éviter la compression des circonvolutions. On aurait presque toujours le temps de faire le diagnostic pendant la période de coma en se basant sur l'ictus apoplectique, la contracture limitée à une partie du corps et la trépidation épileptoïde et, les dangers immédiats de l'hémorrhagie écartés, le malade aurait chance de guérir à cause de la lenteur habituelle de l'évolution de la pachyméningite.

D'ailleurs, se fût-on trompé dans le diagnostic, la trépanation faite avec l'antisepsie nécessaire est sans inconvénient, et pourrait même être généralisée dans les cas où le diagnostic d'un état comateux est douteux.

— M. Fernet signale une observation de néphrite chronique albumineuse qui paraît avoir eu pour point de départ une infection aiguë mal caractérisée survenue six mois auparavant : violent mal de gorge, céphalalgie, bientôt suivie d'œdème des membres inférieurs, épistaxis, oppression, voilà quel avait été le syndrome à l'invasion.

C'est à Londres que la maladie avait débuté, et deux autres ouvriers, voisins d'atelier, étaient tombés malades en même temps avec les mêmes symptômes, l'un d'eux avait succombé.

M. Fernet ne croit pas pouvoir préciser la nature de cette petite épidémie infectieuse, mais il dit qu'on n'a pas jusqu'ici assez étudié l'influence étiologique des maladies infectieuses sur la production du mal de Bright.

— M. Moizard, ayant eu à traiter deux cas de septicémie pleurale survenue au cours d'un pyopneumothorax et n'ayant pas d'outillage convenable pour pratiquer les injections d'air stérilisé qui ont été préconisées par M. Potain, a injecté dans la plèvre 30 grammes de la solution antiseptique suivante :

Teinture d'iode.	ãâ 60 grammes.
Alcool à 60°.	
Solution d'iodure de potassium à 1/10	

chez un malade qui présentait les accidents infectieux les plus graves (41°). A part une douleur légère, le malade n'éprouva aucun symptôme pénible, et, le lendemain, sa température était normale. Il s'est amélioré rapidement, malheureusement les signes de tuberculose commencent à apparaître.

Dans le second cas, la quantité de solution iodée injectée ayant été par mégarde de 70 grammes au lieu de 30, le malade éprouva une dyspnée intense et un violent point de côté; mais bientôt ces phénomènes disparurent, la fièvre tomba et il y eut une amélioration indéniable dans l'état général du malade, qui succomba ultérieurement à une poussée de granulie. L'autopsie montra que l'injection iodée n'avait laissé aucune trace dans la plèvre.

En résumé, les symptômes de la pleurésie infectieuse avec épanchement peuvent être combattus par l'injection dans la plèvre de 30 grammes de teinture d'iode. Si l'épanchement est très abondant, la méthode de M. Potain est seule applicable, parce que la volatilisation de la teinture d'iode augmenterait trop la tension pleurale.

M. Renault (de Lyon) a obtenu de bons résultats par l'injection de liqueur de Van Swieten dans les épanchements pleuraux consécutifs aux pneumothorax.

M. Juhel-Rénoy s'est bien trouvé dans les vieilles pleurésies d'injecter à plusieurs reprises une seringue de Pravaz de chlorure de zinc à 1/10, après avoir retiré une quantité équivalente du liquide épanché.

M. Ferrand a observé chez un enfant de 7 ans, dans le cours d'une roséole, une tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires et de la partie inférieure du visage. Au bout de quinze jours, une fluctuation apparaissait à l'angle de la mâchoire, et l'incision donna issue à du pus dans lequel on ne trouva que des microcoques vulgaires.

M. Bucquoy conteste le diagnostic d'oreillons, puisque le pus ne contenait pas le micro-organisme isolé et cultivé par M. Charrin dans les oreillons. D'ailleurs la suppuration est rare et plus tardive dans cette infection. — P. L. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — A dater ce jour et jusqu'au samedi 6 octobre 1888, inclusivement, le secrétariat sera ouvert tous les jours aux heures ordinaires, c'est-à-dire de midi à trois heures, et M. le secrétaire, en raison des vacances scolaires, recevra le jeudi de deux heures à trois heures.

A l'occasion aussi des vacances scolaires, la Bibliothèque de la Faculté sera fermée à partir du dimanche 5 août et jusqu'au 31 de ce mois. A dater du 1er septembre et jusqu'au samedi 6 octobre inclusivement, elle sera ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures du soir.

Inspectorat des eaux minérales. — A la suite des avis exprimés par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil d'Etat a été saisi, dans le courant du mois d'avril dernier, d'un projet de décret modifiant l'ordonnance du 18 juin 1823, sur l'inspection des sources et établissements d'eaux minérales, ainsi que le décret du 28 janvier 1860.

Le projet en question avait pour objet de modifier l'organisation de l'inspection actuelle et de la scinder en deux services distincts :

1° Le service des indigents *qui aurait été confié à des médecins* ÉLUS *par leurs confrères dans les stations comptant plus de cinq médecins* et nommés par le ministre dans les stations moins importantes :

2° Le service de l'inspection proprement dite qui aurait été confiée *aux conseils départementaux d'hygiène ou à des délégations prises dans leur sein.*

A la suite d'une longue discussion, le Conseil d'Etat a émis un avis défavorable, en se fondant sur les raisons suivantes :

a) Les reproches qui ont pu être adressés à l'inspection actuelle tiennent, non pas à son organisation en elle-même, mais à l'insuffisance de son fonctionnement.

b) Dans le projet nouveau, l'inspection, au lieu d'être individuelle, permanente et locale, et de consacrer ainsi, en cas de négligence, une responsabilité précise et facile à mettre en cause, ne serait plus que collective, périodique et placée loin des établissements à surveiller, c'est-à-dire illusoire.

c) Les membres du Conseil d'hygiène n'étant pas rétribués, il serait difficile d'obtenir de leur part une surveillance active et vraiment efficace.

d) Le Conseil d'Etat a craint, également, que les médecins auxquels on confierait le service des indigents n'ayant plus le titre de médecins inspecteurs, et ne trouvant plus dans les avantages et la considération qui s'attachent à ce titre, une compensation aux charges et obligations résultant pour eux du temps et des soins gratuits qu'ils doivent donner aux malades pauvres, il ne se produisît des défaillances et que le service des indigents n'eût bientôt à en souffrir.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat, tout en reconnaissant que l'organisation actuelle pouvait laisser à désirer sur certains points, a pensé qu'elle était encore supérieure au système proposé, et il a rejeté, en conséquence, le projet soumis à son examen. Les choses restent donc jusqu'à nouvel ordre dans le *statu quo*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Physiologie du fer.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

Le corps contient par kilogramme de poids d'un mammifère 0,044 à 0,075 de fer; un homme de 70 kilogrammes renferme de 3,1 à 5,2 grammes de fer, dont la plus grande partie se trouve sous la forme d'hémoglobine dans le sang; dans notre organisme, il y a 7,1 à 7,7 de sang (Bischoff), dont 2,4 à 2,7 grammes pour la masse de sang.

L'hémoglobine introduite avec la nourriture se décompose rapidement sous l'influence des sucs digestifs en hématine, qui s'élimine en grande partie par les matières intestinales.

On croit généralement que l'hémoglobine résulte de la synthèse d'un sel de fer avec l'albumine; mais rien n'est démontré à cet égard; on ne sait même pas si les préparations de fer fournissent effectivement les matériaux de formation de l'hémoglobine. Pour fournir la preuve de cette théorie, Hamburger (*Zeitsch, f. phys. Ch.*, 1878) donna à un chien de 8 kilogr. 300 grammes de viande contenant 15 milligr. de fer; pendant douze jours de cette alimentation, le chien prit 130 milligr. de fer, dont 38,4 apparurent dans les urines, 136,3 dans les matières fécales et 1,8 dans la bile; total : 176 milligr.; en moyenne, les urines éliminèrent 3,6 milligr. par jour. Dans les neuf jours suivants, on ajouta, sous forme de sulfate de fer, 49 milligr.; puis, pendant quatre jours encore, seulement la ration primitive de viande. Pendant ces treize jours, l'animal reçut 195 milligr. de fer contenus dans la viande, 441 comme sulfate de fer; total : 636, dont 58,4 parurent dans les urines et 549 dans les fèces. Jacoby (*Centralblatt*, 1887) injecta sous la peau 36 milligr., en plusieurs fois, en trois jours; il ne s'élimina que 1,4 p. 100. C'est l'intestin qui en élimine le plus; quelques heures après l'injection de sels de fer dans la jugulaire d'animaux à jeun, la muqueuse intestinale est couverte d'une sécrétion riche en oxyde ferreux (Buchheim et Mayer); il en est de même pour les sels de manganèse, qui s'éliminent par cette voie (Cahn).

Ces injections de fer, comme celles de manganèse, sont éminemment toxiques et provoquent une diminution de la pression sanguine, des troubles intestinaux, des troubles paralytiques du système nerveux central, des altérations du rein. Rien de semblable n'a lieu par l'ingestion du fer dans l'estomac, qui ne résorbe rien directement; le suc gastrique trans-

forme le fer en chlorures, lesquels, arrivés dans l'intestin, qui est alcalin, deviennent des oxydes solubles en présence des substances organiques, puis des carbonates ferreux solubles dans l'acide carbonique et dans les matières organiques. Finalement, les composés de fer soumis à l'action des sulfures et des agents réducteurs forment des sulfures de fer qui s'éliminent par les matières fécales: les combinaisons de l'oxyde de fer avec les acides organiques ou avec les albuminates se comportent de même; les albuminates de fer, en présence de l'acide chlorhydrique de l'estomac, se décomposent aussitôt en formant des chlorures de fer.

Notre nourriture doit donc contenir de tout autres combinaisons de fer, qui ne se détruisent pas dans le canal digestif, qui soient absorbables, et fournissent les matériaux de formation de l'hémoglobine.

Bunge a recherché, dans le jaune d'œuf et dans le lait, ces précurseurs de l'hémoglobine; le jaune ne contient pas d'hémoglobine; il doit donc contenir un prélude, car l'hémoglobine se forme aux dépens de l'œuf par l'incubation, sans qu'il y pénètre rien du dehors.

Le lait, étant la nourriture exclusive du nourrisson, doit également contenir les matériaux de l'hémoglobine. Dans le jaune d'œuf, le fer est sous forme d'une combinaison de nucléine et d'albumine. Par la digestion du jaune à l'aide du suc gastrique, les albuminates sont peptonisés et le fer se trouve dans le résidu indigestible et insoluble, c'est-à-dire dans la nucléine. A l'aide de l'acide chlorhydrique concentré, on peut en extraire le fer; la nucléine est d'ailleurs soluble dans l'ammoniaque; si, à la solution ammoniacale de nucléine, on ajoute du ferro-cyanure de potassium, puis de l'acide chlorhydrique, il se forme un précipité blanc, combinaison organique qui se dédouble et dont le fer forme un oxyde et non un protoxyde.

Le fer est donc plus solidement combiné dans et avec la nucléine du jaune d'œuf que dans les albuminates chloro-ferreux, mais bien plus lâchement que dans l'hématine, où elle n'apparaît pas par les réactifs ordinaires.

C'est ce composé qui est certainement le prologue de l'hémoglobine; c'est une sorte d'hématogène.

Des combinaisons organiques précèdent également l'hémoglobine dans le lait, dans les céréales, les légumineuses, où le fer n'est pas chloruré, mais intimement lié aux matériaux organiques. *L'hémoglobine* se forme donc par des complexus organiques compliqués, qui sont dus au processus vital de la plante.

Maintenant, cela posé, il semble que les sels de fer *minéraux*, au lieu de s'annexer directement, sont plutôt là pour protéger dans l'intestin les combinaisons de fer organiques de la viande contre toute décomposition. Ce qui est certain, c'est que le fer n'apparaît pas dans l'urine sous la forme d'un sel inorganique, mais comme un composé organique, et surtout comme matière colorante (Harley).

CONCLUSIONS.

On voit combien cette question du fer dans l'organisme est encore controversée; aussi aucune règle pharmaceutique pour les divers genres de préparations médicales ne peut encore être formulée scientifiquement. Il n'y a de règle absolue que pour les *indications* thérapeutiques qui excluent formellement de la médication ferrugineuse *toutes* les pseudo-anémies, à savoir : 1° les inanitions alimentaires et atmosphériques; 2° tous les

genres d'épuisements (musculaire, nerveux, sécrétoire); 3° toutes les intoxications et toutes les pseudo-anémies virulentes ou spécifiques, telles que la pseudo-anémie syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse, paludéenne, rhumatismale.

Il n'y a que les anémies vraies qui soient justifiables du fer; nous avons insisté sur les trois types véritables, c'est-à-dire les anémies d'origine hémorrhagique, les chloroses et les anémies dites spontanées.

Sous cette dernière dénomination, il ne faut toutefois pas comprendre les anémies pernicieuses, autrefois le plus souvent mortelles, qui sont en train de subir un remaniement complet, car on sait maintenant que la plupart de ces anémies sont dues à des parasites du sang et surtout de l'intestin; les ankylostomes et les botriocéphales y contribuent pour la plus grande part. Il est bien clair qu'ici le fer vient échouer lourdement; ces anémies helminthiques sont heureusement du domaine des contrevers, entre autres de la fougère mâle.

Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille

Par le docteur LOEWENBERG (1).

AMAS CÉRUMINEUX ET FURONCLES AURICULAIRES.

Je voudrais faire ressortir un fait assez important pour la pratique journalière que les traités d'otologie négligent, de même que quelques autres faits, sur lesquels j'ai déjà insisté dans le cours de ce travail. Voici de quoi il s'agit : L'extraction d'un bouchon de cérumen par le seringage à l'eau tiède — le seul procédé rationnel — amène généralement un succès frappant pour l'ouïe, mais il est suivi, de ci, de là, de l'éclosion d'un furoncle dans l'oreille avec son cortège habituel de douleurs intolérables et de récidives, voire même de polype, comme je l'ai observé, entre autres, dans un cas en 1883. Il va sans dire que ces conséquences, peu fréquentes il est vrai, constituent une surprise des plus désagréables pour le malade et pour le médecin.

Comment faut-il envisager la pathogénie de ces clous qui se montrent même chez des personnes n'en ayant jamais eu antérieurement? Nous sommes obligés d'admettre, selon moi, que des coccus déposés par l'air dans l'amas cérumineux, à mesure qu'il se forme, acquièrent, par le fait du seringage même, les conditions favorables à leur multiplication, soit parce que l'eau complète l'ensemble des éléments nécessaires pour leur pullulation, soit parce que le jet d'eau les projette dans des follicules. On pourrait peut-être objecter que le simple seringage en lui-même serait capable de provoquer une irritation locale, et que celle-ci revêtirait la forme d'un furoncle, mais cette supposition est réfutée par le fait que les clous ne suivent jamais les injections pratiquées pour d'autres causes, par exemple dans les innombrables cas d'otorrhée. En outre, j'ai observé que les furoncles se montrent quelquefois après l'extraction de bouchons n'ayant nécessité que quelques injections, et que, par contre, ils font souvent défaut là où on avait seringué souvent, longtemps et avec force.

En raison de la possibilité de voir un furoncle suivre l'extraction d'un bouchon de cérumen par le simple seringage, je pense qu'il faut, dans

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 2 et 4 août 1888.

chaque cas de cette nature, refréner l'impatience du malade et du médecin, et traiter les masses accumulées d'abord pendant vingt-quatre à quarante-huit heures par des instillations antiseptiques. Cette pratique présente, de plus, le grand avantage de ramollir les amas et d'en rendre l'expulsion infiniment moins fatigante.

Je me sers généralement du mélange suivant :

R. Acide borique		3 grammes 1/2.
Glycérine neutre	ãã 50	—
Eau distillée		

Faire chauffer et instiller dans l'oreille au moyen d'un tube à essai; garder le liquide pendant quinze minutes, et répéter ces bains d'oreille matin et soir pendant un jour ou deux.

(Il est bon de prévenir le malade que ces instillations, en augmentant le volume du bouchon par imbibition, pourront le rendre temporairement plus sourd.)

Depuis l'année 1883, où j'ai été vivement impressionné par le cas mentionné plus haut, j'ai pris l'habitude de faire préparer ainsi l'extraction de tout bouchon cérumineux, et n'ai plus, depuis lors, vu apparaître de clous consécutivement à cette manipulation.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT.

Grâce à l'usage de l'alcool borique, j'ai réussi, dans la grande majorité des cas, à faire avorter les furoncles, auriculaires et autres, mais j'ai échoué çà et là. J'ignore encore la cause de cette diversité dans les résultats obtenus par moi et ne puis que supposer que, dans les cas terminés favorablement, c'est-à-dire arrêtés nets, le traitement avait été commencé alors que l'entrée des follicules atteints n'était pas encore trop obstruée pour laisser pénétrer le liquide actif en temps utile. Quoi qu'il en soit, il faut tenter cette cure abortive dans chaque cas, car le résultat favorable de ce traitement, d'ailleurs absolument inoffensif, est inappréciable, surtout dans le cas de furoncles de l'oreille, où il épargne aux malades des douleurs atroces durant des jours et des nuits. Même quand on ne réussit pas à couper l'affection, elle évolue souvent plus rapidement grâce à ce traitement et cause moins de souffrances qu'autrement.

Mais il est un *résultat capital* que cette méthode thérapeutique obtient toujours, et que je considère comme le fruit principal de mes études sur ce chapitre : c'est l'*arrêt de l'auto-contagion*, c'est-à-dire de l'apparition successive et souvent interminable de nouveaux furoncles que j'ai expliquée (*loc. cit.*, page 13 et suivantes) comme étant l'infection successive des follicules cutanés par les coccus répandus sur la peau avec le pus du furoncle. Or, ce fait, si commun sur toute la surface cutanée, est presque la règle dans l'oreille externe, surtout chez les femmes dont il empoisonne souvent l'existence pendant longtemps. En rompant la chaîne de l'auto-infection continue dans la région auriculaire, on obtient un résultat d'autant plus important que, si les premiers furoncles affectionnent l'entrée de l'oreille et sont relativement peu douloureux, les clous suivants siègent, au contraire, généralement plus profondément, comme je l'ai démontré en 1881 (*loc. cit.*, page 17), et sont infiniment plus pénibles.

Or, *j'ai réussi, dans tous les cas, à arrêter cette furonculose locale* par le

traitement que je viens d'exposer. Je considère donc comme un devoir d'insister sur ce résultat.

On obtient des effets favorables également en traitant de la même façon des *malades du sexe féminin qui présentent des furoncles auriculaires plus ou moins régulièrement, soit avant, soit pendant chaque époque cataméniale*, chose assez commune et suffisamment connue. Déjà, en 1881, j'ai essayé d'interpréter ce fait que la découverte de la nature parasitaire du furoncle paraissait rendre plus incompréhensible encore. Mes réflexions, qu'on pourra lire *in extenso, loc. cit.*, pages 29 et 30, se rapportaient aussi bien à la genèse d'un premier furoncle survenant dans ces cas, furoncle dont les microbes générateurs proviennent des milieux extérieurs, qu'à celle des clous postérieurs à ce premier et occasionnés, selon mes idées, par des coccus issus de celui-ci. Dans l'un et l'autre cas, ces micro-organismes étaient restés, disais-je alors, à l'état de *vie latente* sur la surface de la peau ou dans des follicules. « A l'état ordinaire, disais-je, en raison soit « d'une résistance victorieuse de l'organisme, soit d'une qualité spéciale de « la sécrétion cutanée, le développement de ces germes rencontre des dif- « ficultés insurmontables. Or, chez bon nombre de femmes, l'apparition « des règles est précédée ou accompagnée de troubles plus ou moins pro- « fonds, retentissant tantôt sur l'économie entière, tantôt sur tel ou tel « organe; il se pourrait donc que, par exemple, à cette époque, les condi- « tions de nutrition de la peau du conduit auditif ou la nature de ses sécré- « tions fussent changées au point de diminuer la résistance que l'organisme « oppose en d'autres temps au développement des spores, et de permettre « ainsi l'éclosion d'un ou de plusieurs furoncles, et ainsi de suite (1). »

Depuis la publication de mon travail, l'idée de la *latence des microbes*, séjournant, inertes et inoffensifs, dans l'organisme ou à sa surface, mais pouvant déterminer des désordres lorsque des troubles dans la santé générale ou dans certains organes affaiblissent la résistance que leur oppose l'organisme, cette idée, dis-je, a fait son chemin, et elle est, à l'heure actuelle, du domaine public. Je suis persuadé que les réflexions que je viens de citer en partie, publiées il y a sept ans — grand laps de temps dans une science aussi récente et se transformant aussi vite que la bactériologie — ont contribué à établir cet ordre d'idées. (Voy. aussi mes remarques faites dans ce sens au premier Congrès français de chirurgie) (2).

Comme on l'a vu par la citation faite plus haut, j'avais également fait

(1) *Loc. cit.*, pages 29 et 30. Tout récemment, le docteur Bœrner a fait à la Société des médecins de Graz (Autriche) une communication dans laquelle il décrivait des altérations de la peau qui sont en relation avec la menstruation. Ce sont des gonflements accompagnés ou non de douleurs névralgiques. Dans quelques cas, il y avait tuméfaction de toute la peau du corps; dans d'autres, de certaines régions seulement. Chez une fille de 15 ans et 1/2, le nez gonflait durant une heure, matin et soir, pendant les huit jours qui précédaient les règles; ce gonflement disparaissait trois jours après l'apparition du sang.

Dans quelques-uns de ces cas, en même temps que la peau gonflait, elle devenait chaude et rouge.

Il n'est pas fait mention de troubles de la sécrétion dans l'extrait donné par la *Semaine médicale* (18 juillet 1888).

(2) Procès-verbaux du premier Congrès français de chirurgie. Séance du 7 avril 1885. (*Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.*)

ressortir, il y a sept ans, le premier, je pense, le *rôle que peuvent jouer les sécrétions* normales ou altérées *dans la résistance du corps aux microbes*, mais cet ordre d'idées n'a pas été suffisamment suivi ni pris en considération, ce me semble.

Voici le traitement que j'oppose à la furonculose auriculaire qui apparaît aux époques menstruelles : Il va sans dire que les furoncles existant lors du premier examen des malades seront soignés d'après les principes exposés dans ce travail. Mais je fais pratiquer, en outre, des *instillations prophylactiques* d'alcool borique lors de l'approche des règles pour prévenir toute éclosion de furoncles.

Je procède d'une façon analogue chez les *personnes des deux sexes qui présentent habituellement des clous auriculaires au printemps ou à l'automne.* Les instillations sont alors pratiquées, dans un but de prophylaxie, à l'approche de ces saisons.

Là où les furoncles font leur apparition saisonnière dans d'autres régions, le lieu de l'application préventive de la solution varie naturellement avec la localisation du mal. S'agit-il, par exemple, de l'entrée des fosses nasales, je la fais badigeonner avec l'acide borique dissous dans l'alcool. Lorsque les clous affectionnent les paupières et forment l'orgelet, je prescris des lavages avec une solution aqueuse de cet acide, le contact de l'alcool avec la conjonctive étant très douloureux. Dans ce moment-ci, enfin, je fais pratiquer ce traitement simultanément aux trois endroits cités chez une dame chez laquelle les clous apparaissent tous les printemps aux oreilles, au nez ou aux paupières.)

Dans bon nombre de cas de ce genre et de ce qu'on pourrait appeler la furonculose menstruelle, j'ai obtenu un succès complet et d'autant plus précieux que ces applications ne présentent aucun inconvénient. Il n'y a qu'une *précaution à prendre*, c'est lorsqu'on confie au public le soin d'instiller dans l'oreille les liquides, surtout la solution sursaturée, de faire faire de temps en temps des seringages auriculaires avec une solution tiède d'acide borique dans de l'eau. Ces lavages ont pour but de prévenir simplement l'obstruction du conduit auditif par la poudre de cet acide qui pourrait s'y accumuler et causer de la surdité.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LES MICROBES DES FURONCLES DE L'OREILLE.

J'ai recherché les bactéries présentes dans un certain nombre de furoncles auriculaires *encore fermés*. Je procédais de la manière suivante : le conduit auditif était d'abord seringué, puis rempli, pendant dix minutes, d'une solution de sublimé à 1/2000. J'ouvrais ensuite les clous avec un bistouri préalablement flambé. Une parcelle minime du pus était inoculée sur l'agar ou sur la gélatine peptonisée, et des cultures sur plaques en étaient faites.

Voici les *résultats de ces recherches :* Le micro-organisme le plus fréquemment présent était le *staphylococcus albus* qui n'a manqué que dans un seul cas. Puis se montraient également souvent les staphylococcus aureus et citreus. Dans un seul cas, enfin, tous les trois staphylococcus se sont montrés ensemble.

(1) W. Kirchner : *Zur Ætiologie des Ohrfurunkels.* (*Monatschrift für Ohrenheilk.*, n° 1, 1888.)

On voit que ces résultats diffèrent de ceux obtenus par le docteur Kirchner, de Wurzbourg (1), qui n'a jamais rencontré d'autres microbes dans les furoncles de l'oreille que le staphylococcus albus. Il sont également en contradiction, du moins quant au domaine de l'oreille, avec les assertions de quelques autres auteurs qui considèrent le staphylococcus aureus comme le microbe par excellence du furoncle en général (1).

BIBLIOTHÈQUE

Étude descriptive des eaux de Néris-les-Bains, exposé critique de leurs indications et contre-indications, par le docteur G. Morice, médecin consultant à Néris. — O. Doin, 1888.

Dans cette étude, notre confrère s'est proposé de tracer en quelques chapitres les caractères des eaux de Néris, qui appartiennent à la catégorie de celles que Durand-Fardel appelle indéterminées, à cause de l'absence de toute minéralisation caractéristique. Leur mode d'action, que la clinique atteste, est inexplicable chimiquement. M. Morice n'a pas la prétention d'avoir trouvé le *quid divinum* de ses eaux. Il s'applique seulement à écrire l'histoire passée et présente de ses sources, le mode d'administration consacré dans ses thermes, enfin à rappeler leurs indications et contre-indications, et à donner aux baigneurs d'utiles conseils d'hygiène.

On sait que les eaux de Néris s'appliquent spécialement aux maladies du système nerveux; mais les rhumatismes, les maladies utérines et les dermatoses des gens nerveux y sont aussi très heureusement traités. — P. L. G.

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours). J.-B. Bailllière, 1888.

M. Paul Moreau (de Tours), digne héritier d'un nom honoré en pathologie mentale, continue à augmenter une œuvre déjà importante. L'auteur de *Fous et bouffons*, de la *Folie jalouse*, de l'*Homicide commis par les enfants*, pour ne citer que les plus connues de ses publications antérieures, étudie avec l'érudition qui lui est propre et une expérience clinique déjà longue, d'abord les causes et les formes, puis le diagnostic, le pronostic et les conséquences médico-légales de la folie chez les enfants. Son livre, plein d'observations et d'anecdotes, se lit sans fatigue; ce n'est pas un éloge banal par le temps qui court de science rébarbative et d'érudition indigeste. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Notes et observations sur le traitement de la pustule maligne, par le docteur G. Bompaire (de Millau). *Montpellier médical*, 1888, 6. — L'acide sulfurique, indépendamment de l'énergie de ses propriétés caustiques, possède un pouvoir spécifique contre la bactéridie charbonneuse. Son emploi comme caustique doit être réservé aux pustules malignes graves, spécialement dans les cas où une cautérisation insuffisante aurait été déjà pratiquée; on ne doit pas s'abstenir de son emploi, alors même que de grandes surfaces ont été envahies par l'œdème et que des symptômes généraux très graves ont fait leur apparition.

Les injections hypodermiques phéniquées à 1/50 ou iodées (4 à 8 grammes de teinture d'iode iodurée mélangée avec 2 volumes d'eau) pratiquées en grand nombre, sont un bon moyen de traitement contre l'œdème charbonneux, qu'il soit primitif ou qu'il suc-

(1) V. B. Lœwenberg : *De la nature du furoncle et de la manière de le traiter*, note présentée à l'Acad. de méd., 7 février, 1888.

cède à la pustule maligne. Il est indiqué, pour faire ces injections, de profiter de la congestion produite par l'application du caustique, au lieu de les faire en dehors d'une forte ventouse appliquée au centre de l'œdème.

Le vésicatoire, agissant comme révulsif, peut amener la guérison dans des cas très graves de maladies charbonneuses; dans mon observation, il a amené la résolution d'un œdème de la muqueuse des voies respiratoires qui avait mis la vie du malade dans le plus grand danger.

Le traitement général consiste à administrer à l'intérieur les antiseptiques (acide phénique, iode, sulfate de quinine) et à soutenir les forces par des boissons alcooliques à hautes doses; on peut avoir recours à l'acétate d'ammoniaque à la dose de 10 à 30 grammes par jour. — P. Ch.

Contribution à l'étude de l'antagonisme entre la morphine et l'atropine, par le docteur H. Lenhartz. (*Deutschen Archiv. f. Klin. med.*, Bd XL, Ht 5 et 6.) — Il s'agit de trois observations d'empoisonnement par la morphine dans lesquelles on ne constata aucune action notable de l'atropine donnée à petites doses.

L'auteur réunit les 59 cas, existant dans la littérature, d'empoisonnements aigus avec les opiacés qui furent traités par l'atropine et les médicaments analogues en un premier tableau, et les 73 cas traités sans atropine en un deuxième tableau. Dans le premier tableau, 17 cas, nous donnant 28 p. 100; dans le deuxième, 11 cas, nous donnant 15 p. 100, se terminent pas la mort.

Dans les résultats auxquels l'auteur est arrivé, nous relèverons comme particulièrement importants :

L'antagonisme physiologique entre la morphine et l'atropine n'est pas confirmé par une seule observation;

Il a suffit même, dans les empoisonnements très graves, d'une thérapeutique rationnelle sans antidotes pour sauver la vie;

Dans certains cas, l'atropine a évidemment nui;

Comme thérapeutique, on peut placer au premier rang éventuellement le lavage de l'estomac et la respiration artificielle. Les affusions froides, le café, la galvanisation, sont aussi à employer;

Au sujet des symptômes de l'empoisonnement morphinique, il est à remarquer que l'état du pouls est très variable et qu'il est très souvent accéléré; la respiration est ralentie, les pupilles sont étroites et les convulsions ne sont pas rares. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Ollivier, sur une épidémie de choléra infantile et d'impétigo ayant sévi dans les écoles en 1887;

2° Un rapport sur les vaccinations, en France, en 1887;

3° Un rapport sur les épidémies du Cher et de la Sarthe en 1887;

4° Le compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité publiques du département des Vosges.

— M. Gibier présente : 1° un appareil à inhalations bronchiques par aspiration nasale;

2° Une série d'appareils portatifs pour les cultures de microbes sur plaques de verre.

— M. Polaillon offre à l'Académie, au nom de M. Jules Bœckel, un travail intitulé : « Quelques cas de résection du genou guéris sans drainage sous un seul pansement. »

— M. Nicaise lit un travail relatant les résultats de ses expériences pour déterminer

la température du spray et ses variations. Ces recherches ont été faites pour préciser les conditions d'emploi de ces vapeurs, tant en médecine qu'en chirurgie; elles ont été entreprises à l'occasion de la méthode de traitement de l'anthrax, récemment préconisée par M. Verneuil. La réfrigération humide, légère et régulière ainsi obtenue, en expliquerait en partie les bons effets. Voici les principales conclusions de ce travail : La température du jet de vapeur s'abaisse très rapidement d'abord (de 17° entre 1 et 10 centimètres) et bien plus lentement ensuite; à 50 centimètres de son point de départ, elle est à peu près semblable à celle de l'air ambiant. A une distance donnée, cette température varie fort peu; elle s'élève au plus de 1° dans le cours de l'expérience. La température du liquide à pulvériser n'a que fort peu d'influence sur celle du spray.

— M. Cornil fait une communication sur les lésions des entérites pseudo-membraneuses et ulcéreuses du gros et du petit intestin. Quelle qu'en soit la cause spécifique, ces entérites donnent lieu à un même processus pathologique caractérisé par un exsudat pseudo-membraneux, avec mortification superficielle de la muqueuse et ulcération. C'est ce qu'on observe dans plusieurs maladies de l'homme, comme la dysenterie, la diarrhée de Cochinchine, ou des animaux, comme la pneumo-entérite du porc. La lésion principale est alors constituée par un réseau de fibrine englobant des cellules lymphatiques, des cellules épithéliales et des microbes en très grand nombre, les uns pathogènes, spécifiques, les autres vulgaires. Les glandes de Lieberkühn et leurs cellules jouent un rôle important dans la production du réseau fibrineux; en effet, elles sont plus distendues qu'à l'état normal, et à leur centre, à l'aide de divers réactifs, on démontre l'existence de filaments de fibrine provenant de cellules caliciformes.

On observe des altérations des cellules de l'épithélium, surtout au voisinage des orifices glandulaires et ces cellules sont englobées dans le réticulum fibrineux. On est frappé de la quantité de micro-organismes qui pullulent sur ce terrain; ils pénètrent jusqu'au fond des culs-de-sac glandulaires; ils sont de formes très variables, les uns sont des bacilles plus ou moins gros, les autres sont ronds.

Le tissu conjonctif sous-jacent semble d'abord peu altéré; mais il s'infiltre, s'épaissit, se remplit de cellules rondes et devient comme induré. Il transforme l'intestin en un tube à parois sans souplesse et de calibre modifié. Des lésions plus accentuées s'observent au niveau des plaques de Peyer.

Ces recherches, faites en collaboration avec M. Chantemesse, ont porté surtout sur la pneumo-entérite des porcs. Par des sortes de crevasses qui se font sur la muqueuse, les microbes vulgaires de l'intestin, aussi bien que les microbes pathogènes, pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions du mésentère, et ils se retrouvent à la surface du péritoine. Ils causent une péritonite spéciale, microbienne, d'origine intestinale, et non dépendant de la circulation générale.

Une maladie du même genre a été observée chez les perdrix, sur des antilopes. Mais ces recherches n'ont pu être faites que sur des animaux, car c'est chez eux seulement qu'on est autorisé à placer les pièces anatomiques dans des liquides conservateurs assez tôt pour être à l'abri des causes d'erreur. Mais nul doute qu'il en soit de même chez l'homme.

Ce processus peut présenter un degré d'acuité variable selon le microbe pathogène qui l'engendre. Il y a d'abord congestion superficielle, exsudation pseudo-membraneuse, ulcération, pénétration dans les voies lymphatiques des micro-organismes de l'intestin tant normaux qu'accidentels.

M. Luys : Après avoir médité les conclusions du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur ma communication au sujet de la sollicitation des émotions chez les sujets hypnotiques, j'ai pensé que je ne pouvais pas déserter cette cause qui n'est pas seulement la mienne, et queje ne devais pas rester sous le poids d'un verdict sévère et véritablement étonnant. Le rapporteur a laissé dans l'ombre la partie favorable des expériences faites devant la commission; son rapport est un travail écourté, et ses conclusions ne sont pas celles qui découlent des procès-verbaux de la commission.

Ainsi, dans la première séance, sur mes deux sujets, toutes les expériences ont réussi, et c'était un fait acquis à mon avantage. Mais la commission non satisfaite, se défiant

de la bonne foi des sujets, a repris ses recherches en se plaçant dans des conditions physiologiques défavorables. Non seulement elle a pris des précautions contre toute supercherie provenant d'un sujet qui aurait connu le contenu de tubes, mais encore, supposant la possibilité d'une sorte de suggestion mentale, elle s'est arrangée de façon à ce qu'aucun des assistants ne le connût. Aussi a-t-on opéré à l'aveugle. C'est sur un échafaudage de telles subtilités qu'on a édifié les conclusions qui vous ont été présentées.

D'autre part, les expériences ont été mal conduites. Il aurait fallu tenir compte de la fatigue résultant de l'extrême susceptibilité de tels sujets, qui du reste ne se débarrassent pas instantanément de leurs ébranlements antérieurs. Tandis que, dans mon laboratoire, en deux heures, je n'expérimente que sur deux ou trois tubes, ici on les a soumis à six ou sept actions successives. On n'a pas davantage tenu compte des doses. Une même substance, l'eau distillée, l'eau de laurier cerise, le sulfate d'atropine, aurait donné lieu à des actions dissemblables. Mais si j'en crois les procès-verbaux, les réactions ont été au moins analogues.

La commission a pensé qu'elle avait démontré que le résultat de l'action des tubes médicamenteux dépendait uniquement de la fantaisie, du caprice ou des souvenirs des malades et qu'il n'y avait lieu d'en tirer aucune conclusion au point de vue de la thérapeutique ou de la médecine légale. Comment a-t-on pu faire planer sur nous un tel soupçon de légèreté scientifique? Nous aussi nous avons mis en doute la sincérité de de nos sujets et nous les avons soumis à des contre-épreuves.

Un membre de l'Académie des sciences, entendant un phonographe, se croyait le jouet d'une mystification de la part d'un ventriloque. De même ces faits indéniables, cette mystérieuse action à distance en tubes fermés, analogue à celle des aimants, on la traite de fantaisie et de caprice. Et cependant les symptômes ont été tels que certains assistants, croyant la vie du sujet en danger, me priaient de suspendre l'expérience.

Comment ne m'étonnerais-je pas de ce verdict sévère, de cette condamnation sommaire basée sur quelques expériences mal faites? L'avenir dira qui a vu juste, et la question reste tout entière.

M. Dujardin-Beaumetz : Le rapporteur est un être impersonnel et c'est la commission tout entière qui a parlé par ma bouche. M. Luys s'étonne des précautions prises. Mais ne sait-il pas que ses sujets sont des hystériques, c'est-à-dire des sujets essentiellement simulateurs, mystificateurs? Les précautions une fois prises, nous avons observé des convulsions, des contractures, des symptômes d'effroi, de terreur, mais ces faits se ressemblaient et ils auraient été déterminés par n'importe quel corps inerte.

On parle de doses. Mais quelle est la dose d'un médicament en solution aqueuse à un mètre du corps? Notre collègue a été ému à tort du mot de caprice qui s'adresse non à lui, mais à sa malade qui fait varier comme elle le veut les effets qu'elle nous montre.

M. Brouardel : J'ai demandé une étude approfondie de ces faits au point de vue médico-légal, car nous ne devons porter devant les tribunaux que des faits dix fois démontrés. Déjà des avocats avaient demandé l'examen de leurs clients au point de vue hypnotique. M. Luys, après nous avoir dit que son sujet dormait, nous exposait ce qui allait se passer, et nous le constations en effet. Mais quand grâce aux précautions prises le sujet n'a plus été averti, nous n'avons plus rien vu de pareil. La strychnine est ce qui a donné le moins de convulsions. La malade partait au hasard dans une direction quelconque qui n'était plus la bonne; c'est donc une simulatrice. Ce n'est donc pas d'une manière silencieuse que le médicament avait exercé son action rayonnante et les assertions de M. Luys ne sont nullement démontrées.

M. Luys : L'action spéciale ne s'observe que dans de bonnes conditions d'expérience. Il y a là des faits nouveaux sur lesquels je veux attirer l'attention du monde savant. Quant aux doses, j'ai reconnu qu'un litre d'un gaz n'agissait pas de la même façon que quelques centimètres cubes. Il faut être prudent en médecine légale, mais ce que nous ne ferons pas, d'autres le feront. Si la vérité ne sort pas d'ici, elle se fera jour ailleurs.

J'ai dit, en effet, dans les expériences ce qui allait se produire, mais, à cet instant, la malade dormait......

M. BROUARDEL : Je ne le crois pas.

M. LUYS : ...... ainsi qu'il est facile de le voir quand on en a l'habitude.

M. LE ROY DE MÉRICOURT : On a toujours employé l'eau comme véhicule. Isolée, elle donne lieu à des symptômes d'hydrophobie qu'on aurait dû relever chaque fois avec ceux de la substance principale. Que devient donc son action?

M. LUYS : Elle disparaît.

M. LE ROY DE MÉRICOURT : Quelques centimètres cubes d'alcool produisent l'ébriété; un litre d'alcool l'ivresse comateuse ; un grain de strychnine surajouté suffirait à détruire l'action de l'alcool?

M. GARIEL : M. Luys accuse la Commission d'avoir fatigué les malades. Nous avons agi en suivant ponctuellement ses instructions. S'il y a eu accumulation d'action, si les expériences sont, comme on le dit, mal faites, il ne doit s'en prendre qu'à lui-même.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LE CORYZA CHRONIQUE. — P. Vigier.

Anémonine	0 gr. 10 centigr.
Réglisse pulv.	0 gr. 20 —
Sirop de gomme	q. s. pour 10 pilules.

Deux à quatre pilules par jour, pour combattre le coryza chronique. — Continuez assez longtemps l'usage de ce remède. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Par décret, en date du 28 juillet 1888, M. le docteur Fournier, de Tours, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de juin dernier, 148 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

27 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;
99 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
22 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes traitées mortes de rage. — Olin (Eugène), 36 ans, charcutier à Paris. Mordu le 23 avril, par son chien, à la main droite sur la face dorsale. Deux morsures dont une profonde qui a bien saigné. Au pouce droit sept morsures ayant saigné. Deux sont très profondes. Les plaies sont cautérisées à l'alcool et à l'eau phéniquée chez un pharmacien, une demi-heure après la morsure. Le 26 avril, les plaies sont encore béantes, sans aucune trace d'eschares.

Le chien mordeur a été reconnu enragé par M. Bourrel, vétérinaire, qui l'a vu vivant. Ce chien avait été mordu, quelques semaines avant, par un chien reconnu enragé et qui appartenait à un voisin.

Olin a été traité du 26 avril au 12 mai. Il a éprouvé des douleurs dans le bras droit à la fin de mai ; pris de rage le 14 juin ; mort le 17 juin à la maison municipale de santé. (*Bull. méd.*)

— Les concours des clinicats de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de se terminer par la nomination de M. le docteur Diffre, comme chef de clinique obstétricale, et de M. le docteur Estor, comme chef de clinique chirurgicale.

Nécrologie. — M. le docteur Fieuzal (Jean-Marie-Théodore), médecin en chef de l'hospice national des Quinze-Vingts, administrateur du bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement, chevalier de la légion d'honneur, vient de mourir le 28 juillet 1888, à l'âge de 52 ans. Ses obsèques ont eu lieu le mardi 31 juillet, au milieu d'une affluence considérable, parmi laquelle on remarquait M. le directeur de l'hospice, M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, et les élèves de Fieuzal. M. Bézal, sénateur, a retracé la vie du médecin et M. Garoenne, chef de clinique, a dit quelles étaient les qualités du maître.

Fieuzal, placé par son ami Gambetta à la tête du vieil hôpital des Quinze-Vingts, avait su, en quelques années, lui donner une vie nouvelle et en faire le centre d'une clinique nationale ophthalmologique, destinée à tous les indigents de France. Il y créa un laboratoire des mieux outillés et y fonda, en 1883, le *Bulletin de la Clinique nationale ophthalmologique*, dans le premier numéro duquel on trouvera tous les renseignements voulus sur cet établissement. Fieuzal publiait chaque année dans cette revue une statistique très étendue de ses opérations et des principales observations prises dans son service. Pour compléter son œuvre, il venait de créer, il y a quelques semaines seulement, les *Annales du Laboratoire de l'Hospice*, avec l'aide de son chef de laboratoire.

On doit à cet ophthalmologiste les travaux suivants : *Comptes rendus cliniques* (1874, 1875, 1876 et 1877) ou *Fragments d'ophthalmologie*, 1879 ; Delahaye et Lecrosnier, Paris. — *De l'accouchement prématuré à l'aide d'un nouveau procédé*, Thèse de Paris, 1863. — La plupart de ses mémoires récents ont paru dans le *Bulletin* qu'il dirigeait. *Choroïdite disséminée antérieure*, 1883 ; — *Iodoforme en oculistique*, 1883 ; — *Maladies des voies lacrymales*, 1883 ; — *Tuberculose oculaire*, 1883. — *Iritis récidivante et iritis à rechutes*, 1883 ; — *Maladies des paupières*, I, 1883. — *Iritis et sarcome de la choroïde*, 1883, (T. II) ; — *Atrésie progressive de la pupille*, II, 1883 ; — *De la cocaïne en thérapeutique oculaire*, II, 1883. — *Congrès de la Haye et prévention de la cécité*, juillet-septembre 1884 ; — *Conseils aux mères dans le but de prévenir l'ophthalmie purulente des nouveau-nés*, janvier-mars, 1885 ; — *Du meilleur procédé d'extraction de la cataracte sénile*, avril-juin, 1885 ; — *Des verres colorés en hygiène oculaire*, juillet-sept., 1885 ; — *Causes et prévention de la cécité*, traduction du mémoire de Fuchs et *Contribution à l'étude de la cécité*, juillet-septembre, 1885 ; — *Hygiène de la vue dans les écoles et instructions pratiques*, octobre-décembre, 1885 ; — *Coup d'œil sur les laboratoires spéciaux*, 1886 ; — *Cautérisation au jus de citron et nitrate d'argent dans les conjonctives pseudomembraneuses*, 1886 et Soc. Ophth., 28 avril 1886 ; — *Cysticerque sous-conjonctival*, 1886 ; — *Cataractes hémorrhagiques et hémorrhagies consécutives à l'opération*, 1886 ; — *Verres gris-jaunes et mouvements des éléments rétiniens*, 1887 ; — *Révulsion dans les maladies des yeux*, 1887 ; — *Cataracte diabétique et réflexe rotulien*, 1887 ; — *Notes sur le chlorhydrate d'hyoscine*, avec Trousseau 1887 ; — *Les larmes de sang*, 1887 ; — *De la galvanocaustie dans les granulations* ; — *De l'éclairage artificiel*, traduction d'Hermann, 1887. — On voit que Fieuzal, qui ne s'est livré à l'ophthalmologie qu'à un âge assez avancé, a cependant publié un certain nombre de travaux.

Marcel Baudouin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE.

Nous avons plaisir à constater, avec toute la presse scientifique et politique, le grand succès obtenu par le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Ce n'est pas seulement un succès scientifique et moral pour la France et pour ceux qui en ont eu l'initiative, MM. Chauveau, Verneuil, Butel, L.-H. Petit, etc. ; nous espérons encore que sous peu les mesures qui ont été réclamées par le Congrès comme nécessaires pour mettre l'espèce humaine à l'abri de la contagion de la tuberculose animale, seront mises en pratique. Le gouvernement français a suivi avec attention les travaux du Congrès, dont les décisions étaient pour lui un grand encouragement à la création de ce ministère de la santé publique, dont la nécessité se fait de plus en plus sentir.

Les chiffres de mortalité cités au cours des discussions montrent la tuberculose frappant de plus en plus les individus faibles, débilités, mal nourris, mal logés, et il est facile de prévoir quel rôle considérable l'hygiène et l'assistance publiques, unies étroitement pour cette lutte contre la mort, contre un ennemi dont les ravages s'étendent de jour en jour, auront bientôt — auraient dû avoir depuis longtemps — à remplir.

Ce ne sera pas le moindre honneur de ce Congrès d'avoir précisé ce que beaucoup pensaient ou avaient dit déjà, d'avoir exprimé ces *desiderata* par des formules nettes, pratiques, et répondant si bien à l'attente générale, qu'elles ont été votées à l'unanimité.

Nous allons maintenant exposer aussi brièvement que possible les diverses questions qui ont été discutées au Congrès.

1° *Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux; moyens de les prévenir.* — Cette question est une de celles qui ont été le plus longuement discutées au Congrès pour l'étude de la tuberculose, et elle présente certainement, au point de vue de l'hygiène pratique, un intérêt considérable. Cependant, elle soulève de tels problèmes économiques et touche à tant d'intérêts particuliers qu'il n'a pas été possible, jusqu'à présent, de s'accorder sur une solution large et simple tout à la fois, susceptible d'être traduite en règlements parfaitement déterminés. Cette fois, l'accord est fait.

Pour le lait, tout le monde est d'accord : comme les lésions tuberculeuses des mamelles sont très difficiles à reconnaître, il faut agir comme si elles étaient toujours malades, et, on ne saurait trop le répéter, il ne faut se servir dans les grandes villes que de lait bouilli. D'un autre côté, il faut

interdire d'une façon absolue la vente du lait des vaches tuberculeuses, ou du moins n'utiliser celui-ci que pour l'alimentation des animaux domestiques, et après ébullition.

Mais ces données n'ont pas été assez répandues dans le public, qui trop souvent se sert encore de lait cru pour l'alimentation directe. Tous les membres du corps médical sont aussi loin d'être convaincus de ces dangers. Cependant les assertions de plusieurs membres du Congrès, rappelant que le lait d'une seule vache malade, mélangé forcément au lait des autres vaches de la même ferme, suffit pour rendre tout ce lait virulent, et les nouvelles démonstrations de M. Bang (de Copenhague) sont tout à fait décisives.

M. Bang inspecte le lait des vaches tuberculeuses dans le péritoine de cobayes, après l'avoir fait chauffer à différents degrés, et montre que la tuberculose se développe parfaitement si la température de ce lait n'a pas été portée jusqu'à 85 degrés.

MM. Arloing, Butel, et d'autres encore, ont déclaré que le lait, d'une manière générale, est toujours suspect et ne doit être consommé qu'après ébullition.

Mais c'est sur la question de l'alimentation par la viande que les discussions s'engagent. Faut-il regarder la tuberculose comme une maladie *totius substantiæ*, comme le faisait Toussaint, et considérer comme dangereuses toutes les parties de l'organisme atteint? ou ne doit-on regarder cette généralisation que comme très exceptionnelle, et la consommation de la chair des animaux présentant des lésions tuberculeuses localisées peut-elle être autorisée?

C'est à ce dernier avis que se range M. Nocard, qui pense que la viande qui provient d'un animal malade ne doit être exclue de la consommation que si les lésions sont généralisées ou si elles ont envahi la plus grande partie d'un viscère et ont franchi les ganglions lymphatiques afférents. C'est d'ailleurs la solution qui a été adoptée par le Conseil d'Etat, sur la proposition du Comité consultatif des épizooties, et qui est actuellement en vigueur, et M. Nocard lui donne l'appui de ses expériences, d'après lesquelles le suc de la viande d'animaux inoculés cesse d'être virulent six jours environ après l'inoculation, et que les seuls bacilles qui se multiplient sont ceux qui sont lancés, par les hasards de la circulation, dans les parties de l'organisme où leur pullulation est possible.

Mais M. Arloing a protesté contre cette manière de voir et cette tolérance, qui n'ont eu dans le Congrès que deux adeptes, M. Lauret (de Bar-le-Duc) et M. Corrado Massa (de Genève). Les expériences que M. Arloing a faites avec M. Chauveau, lui ont donné des résultats bien différents, et M. Galtier lui-même a fréquemment obtenu la tuberculose (dans un cinquième des cas) par injection du suc musculaire d'animaux tuberculeux. D'où il résulte, par exemple, qu'à Dijon, où, sur 16 animaux tuberculeux qui sont livrés à la boucherie en moyenne chaque année, 3,2 doivent contenir des bacilles tuberculeux dans la chair musculaire, 4,480 personnes sont exposées à être infectées, s'il y a 1,400 consommateurs pour un bœuf entier. De fait, si on peut dire que les bacilles tuberculeux sont rapidement détruits dans le suc musculaire, il ne faut pas oublier qu'il existe, chez un animal malade, des lésions qui injectent sans cesse des bacilles dans le torrent circulatoire. De plus, rien ne démontre que les animaux doués d'embonpoint soient moins virulents que d'autres, et ils peuvent

même être plus dangereux, en ce sens que leur viande est fréquemment servie sous forme de chair saignante. La cuisson elle-même n'est pas rassurante, puisqu'à une température de 70 degrés, qui est rarement dépassée pour la préparation de la viande de table, le bacille n'est pas tué, ainsi que l'ont montré MM. Chauveau et Arloing.

L'alimentation est une voie puissante d'infection, et MM. Veyssière (de Rouen) et Moulé nous ont donné à cet égard de curieux détails sur 15 porcs atteints de tuberculose intestinale et abattus à l'abattoir de Rouen, 3 provenaient de chez des équarisseurs, 6 de laitiers des environs de Rouen.

J'ai, d'un autre côté, observé en quatre ans 4 cas de tuberculose chez le veau; deux fois il s'agissait de lésions généralisées, deux fois de lésions exclusivement intestinales; n'y a-t-il pas là la preuve que la contagion de la tuberculose peut se produire fréquemment par les aliments?

D'après M. Moulé, la tuberculose des gallinacées qui se localise de préférence sur les viscères abdominaux, le foie en particulier, présente un grand danger d'infection par l'usage fréquent qu'on fait, en art culinaire, des viscères de ces animaux, particulièrement des pâtés de foie gras. Pour qu'une volaille soit vendue, il faudrait, si elle est vivante, qu'elle fût en très bonne santé, et si elle est morte, qu'elle présentât un embonpoint marqué, ou que dans le cas contraire, les viscères restassent dans la cavité abdominale et thoracique.

Il n'est pas jusqu'au sang des animaux tuberculeux qui n'offre de grands dangers à être bu chaud, comme l'a montré M. Guinard (de Dijon).

A Bordeaux, malgré le service sanitaire, la proportion de la phthisie n'a pas diminué; elle a même peut-être augmenté de 0,05 pour 1000. Il est vrai que le service sanitaire n'est peut-être pas assez rigoureusement fait, puisque M. Baillet, le chef de ce service, est l'adversaire de la saisie totale, sous prétexte des graves dommages que cette mesure porterait aux intérêts commerciaux. A Lyon, au contraire, où l'on est plus sévère, elle a plutôt diminué ou du moins est restée stationnaire depuis 1877. M. Arloing pense qu'il est permis, dans une certaine mesure, de croire que la prohibition de la viande tuberculeuse y est pour quelque chose. Aussi voudrait-il, comme M. Peuch (de Toulouse) l'a ensuite demandé de nouveau, que la tuberculose fût inscrite au nombre des maladies infectieuses; que la viande des animaux tuberculeux fût prohibée de la consommation jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen de la rendre inoffensive, et que l'on poursuivît dans les villes et dans les campagnes la réalisation d'un service sanitaire complet. Il est bien évident, en effet, que si le service sanitaire des boucheries ne se généralisait pas, les viandes refusées dans les grands centres seraient vendues sur le marché des petites villes et des campagnes.

C'est d'ailleurs ce qui se passe déjà dans certains pays, et M. Spillmann (de Nancy) n'a-t-il pas vu dans les Vosges les habitants vendre leurs plus beaux animaux et conserver pour leur alimentation les vaches et bœufs maigres, toussants, en trop mauvais état pour être vendus! Et même les parties d'animaux reconnues tuberculeuses, dont M. Baillet demande la saisie, sont dénaturées, transformées en saucisses, et vendues loin de leur lieu de provenance!

M. le docteur Guiraud (de Montauban) nous a appris que dans cette ville, pendant ces six dernières années, on a constaté 63 bêtes phthisiques sur 15,473, soit une proportion de 4,7 0/00, mais ces chiffres sont au-dessous de

la réalité, car souvent on introduit clandestinement en ville la viande d'animaux malades; c'est contre de pareils abus qu'il faudrait prendre des mesures très sévères.

L'argument qui consiste à placer les intérêts de la santé publique après les intérêts commerciaux a été peu goûté des membres du Congrès. Divers membres, MM. Rossignol, Butet et Larmet, entre autres, l'ont, d'ailleurs, vite écarté en proposant d'indemniser les propriétaires des animaux saisis. Une vie humaine a une bien autre valeur qu'une vie animale.

M. Butel (de Meaux) a résumé l'opinion générale en disant que nous n'avons point ici à défendre des intérêts commerciaux, mais, bien au contraire, à parler au nom de l'hygiène et de la santé publique. Le danger est grand et il ne faut point temporiser ni prendre des demi-mesures. D'autre part, on ne voit pas très bien la différence qui existe entre une tuberculose localisée et une tuberculose généralisée; pourquoi, lorsqu'il s'agit de lésion tuberculeuse du poumon, le reste de l'organisme ne contiendrait-il pas de bacilles? Il est impossible, dans ces cas, d'affirmer que la viande est absolument saine, et, du moment qu'il existe un doute, il n'y a qu'une seule mesure à prendre, c'est la prohibition des viandes d'animaux tuberculeux. Les saisies partielles sont absolument illusoires, car l'on arrive à être trop tolérant, comme à Paris par exemple, où l'on ne saisit que 11 bêtes sur 263,000 livrées à la consommation.

En résumé, la viande des animaux phthisiques doit être proscrite d'une façon radicale : on pourrait peut-être, par des indemnités largement distribuées, obtenir l'application de ces mesures sévères.

A Paris, en effet, on n'est guère plus sévère qu'à Bordeaux, d'après les renseignements fournis par le chef du service, M. Villain. Voici quelle est la manière de procéder aux abattoirs de Paris : si la tuberculose est localisée et si l'animal est gras, la viande est livrée à la consommation, une fois la partie malade supprimée; la saisie de l'animal est totale si la tuberculose est généralisée, ou si elle s'associe à la maigreur. D'une façon générale, la proportion des animaux phthisiques est de 6 pour 1,000, du moins, pour les abattoirs de la Villette et de Grenelle.

Dans d'autres localités, la tuberculose bovine est très fréquente. Ainsi, dans les étables des hautes Vosges, la mortalité des vaches par phthisie est, selon M. Spillmann, de 30 à 40 pour 100; leur viande, achetée à bas prix, est expédiée dans les villes voisines, livrée à la consommation et constitue un danger permanent d'infection.

D'ailleurs, si on se décidait à proscrire radicalement la viande des animaux phthisiques, des indemnités pourraient, au moins au début de l'application de ces mesures sévères, être largement distribuées; et les éleveurs finiraient par prendre des précautions indispensables, dont les plus élémentaires sont aujourd'hui négligées. Ainsi, dans les pacages, il n'est fait aucun triage des bêtes qui toussent, et dans certaines régions, comme l'a fait remarquer M. Grissonnanche (d'Aigueperse), les animaux restent nuit et jour quatre à cinq mois de l'année, du 15 mai au 15 octobre, sans aucun abri contre les influences météoriques. Puis, à l'arrière-saison, bêtes et gens s'entassent dans des étables basses, se préservant de l'air extérieur, qui est froid, dans une promiscuité tout à fait favorable à la contagion. Ce sont évidemment là des mœurs qu'il faudra modifier. Mais le moyen d'en hâter la transformation, c'est de bien convaincre les éleveurs de l'intérêt qu'ils ont à maintenir leurs bêtes en bonne santé, et cela, en détruisant

rigoureusement toutes celles qui sont malades, à quelque degré que ce soit.

Les membres étrangers du Congrès se sont énergiquement prononcés contre les saisies partielles, et ont tout aussi énergiquement réclamé la saisie totale, entre autres MM. Thomassen (d'Utrecht), van Hertzen, Degive et Laho (de Bruxelles), Siegen (de Luxembourg), et Robinson (de Greenock, Ecosse).

« Les orateurs qui ont conseillé ici, a dit M. Robinson, une saisie partielle des viandes tuberculeuses, se sont faits les avocats d'une cause détestable, et leurs conclusions reportent la question très loin en arrière. Si j'ai fait le voyage d'Ecosse pour venir prendre part à ce Congrès, c'est dans l'espoir d'en voir sortir une solution plus conforme aux lois de la médecine actuelle. Il faut absolument arriver à une interdiction totale des viandes tuberculeuses, dût-on, pour cela, faire voter des indemnités à l'effet de désintéresser les propriétaires. Vous qui, en France, jouissez des bénéfices de l'expérimentation et qui avez pu vous rendre un compte exact de l'influence néfaste des viandes tuberculeuses, vous ne voudrez pas voter la saisie partielle, car votre décision pourrait, en Europe, avoir des imitateurs et un fâcheux retentissement. »

L'assemblée a ensuite voté, à l'unanimité moins trois voix, la proposition suivante :

« Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris « l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la « saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'ani- « maux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trou- « vées sur ces animaux. » *(A suivre.)*

Un cas de syphilis infantile tardive. — Contamination de la nourrice.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 avril 1888,

Par le docteur Fredet, médecin de l'hôpital général de Clermont,

Médecin consultant à Royat.

On sait que la syphilis héréditaire chez l'enfant nouveau-né se manifeste souvent au moment de la naissance, mais plus souvent encore vers le quarante-cinquième jour et dans les deuxième et troisième mois. Dans l'observation que je relate ici, les signes de la syphilis ne se sont montrés qu'après le quatrième mois et dans les conditions suivantes :

Un enfant nouveau-né est apporté à la crèche des enfants assistés de l'hôpital général de Clermont au mois d'août dernier. L'enfant, né le 13 août, est porteur d'un certificat de sage-femme, attestant que la mère et l'enfant sont sains et ne portent aucune trace d'affection syphilitique. En effet, l'enfant, un garçon, paraît sain et est confié aux soins d'une nourrice sédentaire.

Trois mois se passent sans que rien d'anormal survienne dans la santé de l'enfant, et, le 11 novembre, il est emmené à la campagne par une nouvelle nourrice. D'une manière générale, à la crèche des Enfants-Assistés, le placement des enfants à la campagne se fait dans les premières semaines après la naissance dès qu'on a pu mettre la main sur une nourrice à peu près convenable, car le recrutement en est difficile. Pour l'enfant qui fait le sujet de cette observation, faute de nourrice de campagne, il avait été allaité à l'hôpital même par une fille-mère dont la santé est irréprochable.

L'enfant, mis en nourrice le 11 novembre, nous est ramené dans le courant de dé-

cembre dans l'état suivant : on constate l'existence de syphilides ulcéreuses aux membres inférieurs et aux fesses, de plaques muqueuses aux bourses et dans la bouche, d'un coryza intense, avec blépharo-conjonctivite double.

Le début de ces accidents remontait, dit la nourrice, à un mois environ, c'est-à-dire à quelques jours après le départ de l'enfant de la crèche et son placement à la campagne.

La nourrice présente à chaque mamelon une ulcération peu profonde que l'on pourrait prendre pour de vulgaires gerçures, et qui pourraient donner le change, si l'on n'avait pas le nourrisson atteint de syphilis sous les yeux. Ces ulcérations s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire des aisselles et me paraissent être un chancre spécifique. Je procède avec le soin le plus minutieux à l'examen de toute la surface du corps de la nourrice, à celui de la vulve, du vagin et de l'utérus, sans oublier l'anus et la bouche. Mais rien ne me décèle chez cette femme, en dehors des ulcérations du sein, l'existence d'une syphilis ancienne ou récente.

L'enfant est immédiamment nourri au biberon et soumis à un traitement spécifique par la liqueur de Van Swieten dans du lait. Au bout de quinze jours, les plaques muqueuses et les ulcérations avaient disparu. Le traitement est continué néanmoins avec addition de bains de sublimé (2 grammes) tous les deux jours, et, actuellement, il ne reste plus qu'un léger coryza. L'enfant se nourrit bien et est superbe.

Quant à la nourrice, repartie pour son village, elle est soignée par le médecin du canton qui doit me fournir la suite de l'événement.

Réflexions. — Il résulte de cette observation : 1° Qu'il n'est pas douteux, d'après la nature et l'aspect des accidents, que la contagion a eu lieu du nourrisson à la nourrrice.

2° Que l'éclosion de la syphilis héréditaire chez l'enfant n'a eu lieu qu'après quatre mois, ce qui n'est pas la moyenne habituelle; d'où il faudrait conclure qu'il ne faudrait jamais placer en nourrice, avant quatre à cinq mois, un nouveau-né sur le compte duquel on n'a pas des renseignements très précis. Dans l'espèce, l'enfant était porteur d'un bon certificat, cela nous montre quelle foi on peut accorder à ces certificats, et combien il faut en prendre et en laisser.

3° Au point de vue du diagnostic, en ce qui concerne la nourrice, j'ajouterai qu'en l'examinant seule, un médecin aurait pu facilement commettre une erreur, et considérer les ulcérations du sein comme de simples gerçures et les traiter comme telles.

Ce sont ces événements malheureux qui empêchent, pour de longues années, les nourrices d'un même village de se présenter dans les hospices d'enfants assistés. Il faut que les années, et avec elles l'oubli, passent là-dessus.

Dans les environs de Clermont, je sais un petit bourg où, il y a une vingtaine d'années, peut-être plus, il y eut une contamination syphilitique par un enfant assisté; pour rien au monde, encore aujourd'hui, les femmes de ce village ne se présenteraient à sa crèche pour obtenir un nourrisson.

Par conséquent, en dehors des ennuis ou des procès que ces faits — heureusement rares — de contamination peuvent susciter à l'administration, existe cette question d'une importance extrême pour l'allaitement des enfants assistés, c'est le recrutement facile de bonnes nourrices. Et il n'y a que deux choses pour les tenter, c'est une prime supérieure à celle qu'on leur donne actuellement (15 francs par mois) et la quasi certitude qu'on ne leur confiera que des enfants sains. Tant que trois ou quatre mois ne se seront pas écoulés depuis la naissance, celte quasi-certitude ne saurait exister. Je sais trop bien encore qu'un plus long délai n'empêcherait pas, à

de longs intervalles, un fait malheureux de contamination tardive de se montrer, mais cette sorte d'accidents deviendrait encore plus rare.

Il faudrait donc, pour les enfants abandonnés ou ceux sur lesquels on n'a que des renseignements problématiques ou des certificats même favorables, mais donnés par des personnes dont la compétence est discutable, prendre la mesure suivante :

Les garder en observation à la crèche, où on peut les faire allaiter soit par des nourrices sur lieux et en surveillant étroitement nourrices et nourrissons, soit au biberon, soit par des chèvres.

Pourquoi les administrations hospitalières n'auraient-elles pas, dans les hôpitaux spéciaux à l'enfance, des chèvres-nourrices? M. Boudard (de Gannat) a étudié minutieusement tous les détails de cet allaitement pour les pupilles de l'Assistance publique de Paris. M. le professeur Fournier le recommande dans ses leçons « sur les nourrices et les nourrissons syphilitiques ».

Les résultats de ce mode d'allaitement sont, pour me servir de l'expression de M. Fournier, admirables. C'est le plus *utile et le plus efficace recours* que nous puissions fournir comme procédé d'alimentation aux enfants affectés de syphilis.

Sont-ce les difficultés pratiques et matérielles qui effraient les administrations? Je ne le pense pas. La seule véritable raison, en ce qui nous concerne, est la rareté de la syphilis infantile, et par conséquent la non-justification de la présence de chèvres-nourrices à demeure dans l'hospice, nourrices qui risqueraient souvent d'être sans emploi et jouiraient d'une vraie sinécure. Il est vrai qu'en nous plaçant au point de vue de l'économie domestique, on pourrait utiliser leur lait pour la consommation journalière. De cette façon, il n'y aurait rien de perdu ni de compromis.

Rapport de M. Dubrisay.

Messieurs,

Dans la séance du 24 mars 1888, notre confrère, M. le docteur Fredet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont, vous a demandé de lui conférer le titre de membre correspondant de la Société de médecine de Paris, et, à l'appui de sa candidature, nous a communiqué une très intéressante observation de syphilis héréditaire rétardée, avec contamination de la nourrice qui avait été chargée d'allaiter l'enfant.

La syphilis héréditaire est assurément l'une des parties les plus intéressantes de la pathologie infantile. Elle soulève des questions de tout genre : questions d'étiologie, de diagnostic, de traitement, et, par dessus tout, des questions de médecine légale. Dans le cas qui nous a été exposé, l'étiologie et le diagnostic ne semblent pas avoir présenté de difficultés.

Les lésions constatées du côté de l'enfant étaient : des ulcérations sur les membres inférieurs et sur les fesses, des plaques muqueuses aux lèvres et dans la bouche, un coryza intense, une blépharo-conjonctivite double ; ce sont bien les lésions classiques de la syphilis héréditaire.

D'autre part, sur la nourrice, on constatait, aux deux mamelons, une ulcération peu profonde qui, de chaque côté, avait donné naissance à un engorgement des ganglions de l'aisselle.

Cette femme, au moment où elle avait été acceptée comme nourrice, le 11 novembre 1887, avait été soumise à un examen minutieux. Elle était absolument saine et les renseignements sur sa santé, aussi bien que sur celle de sa famille, étaient complètement satisfaisants.

A son retour, un mois après, dans le milieu de novembre, elle fut de nouveau exami-

née, et, sur aucun point du corps, ni à la vulve, ni à l'anus, ni dans la bouche, nulle part, sauf au niveau des mamelons, elle ne présentait aucune trace de maladie syphilitique.

Dans ces conditions, M. Fredet fut donc bien en droit de conclure que l'enfant a été l'agent d'infection, et que la nourrice n'a été infectée que secondairement.

Jusqu'ici, tout est normal et régulier, sur un enfant né sain d'apparence, la syphilis, dont il portait le germe, a évolué tardivement et a été transmise à la nourrice. C'est l'époque retardée de cette évolution qui fait l'originalité de l'observation. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que les accidents syphilitiques apparaissent du quarante-cinquième au soixantième jour après la naissance. Dans le cas présent, ils apparurent subitement après le quatrième mois.

Ils n'en furent ni plus graves ni plus rebelles au traitement, puisque aujourd'hui, nous dit M. Fredet, l'enfant est guéri et dans un état de santé très prospère, mais on comprend que cette apparition tardive puisse devenir, pour les administrations hôpitalières, une source de sérieux embarras.

L'enfant, né le 13 août, avait été pendant trois mois nourri au sein par une nourrice de l'hôpital, sous les yeux du médecin; et, le 13 novembre seulement, il avait été placé chez une nourrice de la campagne. Au mois de novembre, c'est-à-dire après quatre mois, la syphilis avait apparu. Ces faits, tout exceptionnels qu'ils soient, peuvent se répéter : en dehors de la question humanitaire, ils peuvent devenir l'origine de procès onéreux. Avec raison, M. Fredet se préoccupe donc d'un moyen à employer, et, s'appuyant sur l'autorité du professeur Fournier, il propose aux administrations hospitalières de faire nourrir par des chèvres tous les enfants douteux.

La question mérite d'être examinée, et je vous demande la permission de m'y arrêter un instant.

L'idée de faire allaiter par des animaux les enfants syphilitiques n'est pas nouvelle. Déjà, au XVIIIe siècle, plusieurs essais avaient été tentés, lesquels furent, depuis lors, repris à diverses époques et en divers lieux; mais on ne mettait pas directement les enfants au pis de l'animal, on leur administrait le lait par l'intermédiaire du biberon. Les résultats ne furent pas heureux, et, chaque fois, l'entreprise dut être abandonnée.

Les premiers succès obtenus *administrativement* datent de la fondation de la nourricerie des Enfants Assistés de Paris, créée en 1878 sous l'inspiration de Parrot. Je suis porté à croire que notre collègue Fredet ne connaît pas bien cette fondation, qui mérite à coup sûr d'être proposée comme modèle à toutes les administrations hospitalières.

Au début, on avait d'abord pris comme nourrices moitié chèvres et moitié ânesses; la statistique de la mortalité démontra promptement la supériorité des ânesses.

Avec les chèvres, on avait encore 30 p. 100 de mortalité, laquelle, avec les ânesses, tomba tout de suite à 26 p. 100 et, depuis, s'est encore notablement abaissée.

Ce n'est pas assurément que le lait d'ânesse ait une vertu curative spéciale à l'égard de la syphilis; mais, ainsi que l'ont démontré les analyses chimiques du professeur Gautier, le lait d'ânesse, plus pauvre en beurre que le lait de chèvre (la différence est de 15 à 42 grammes par litre, le lait de femme en a 30), convient mieux à des enfants débilités, comme le sont tous les syphilitiques, et chez lesquels d'ailleurs, comme chez tous les nouveau-nés, le pancréas fonctionne très imparfaitement.

En outre, beaucoup plus que les chèvres, les ânesses sont des animaux d'écurie. Elles ne souffrent pas des habitudes citadines; elles sont relativement plus sobres, elles acceptent une alimentation très simple. A tous les points de vue, elles sont donc préférables aux chèvres, au moins dans les villes, et aujourd'hui elles ont le monopole de l'allaitement des syphilitiques de l'hospice des Enfants-Assistés.

Le fonctionnement est simple : Dans deux salles situées au rez-de-chaussée, il y a 32 berceaux d'enfants (16 par salle); à chaque salle est annexée une écurie qui contient 4 ânesses. Pour ces 32 enfants, il y a 16 filles de service; c'est donc une bonne pour 2 enfants, 1 ânesse pour 3.

Sept ou huit fois par vingt-quatre heures, chaque enfant tette sa nourrice. L'opération se pratique de la manière suivante :

Assise sur un escabeau, à droite de l'animal et près de sa croupe, l'infirmière porte, avec la main gauche, la tête de l'enfant dans la région inguinale, l'applique sur l'extrémité du trayon et l'y maintient quand il a été saisi. Les genoux sont un point d'appui pour toute la région postérieure du corps, et la main droite libre sert particulièrement à agir sur la mamelle, qu'elle presse de temps en temps, pour faciliter l'écoulement du lait dans la cavité buccale de l'enfant, surtout lorsqu'il est faible.

L'opération se fait de jour et de nuit; la bête est très patiente et très douce. Jamais il n'y a de désordre.

Vous penserez comme moi, Messieurs, que l'idée émise par M. Fredet, d'avoir recours aux animaux pour allaiter des enfants syphilitiques et préserver ainsi de pauvres femmes, est assurément très judicieuse; il est à désirer qu'elle trouve un écho auprès des administrations hospitalières, et votre approbation donnée au travail de notre confrère ne peut qu'aider à atteindre ce résultat.

Messieurs, au nom de votre commission, je vous propose d'accorder à M. Fredet le titre de membre correspondant.

BIBLIOTHÈQUE

Le docteur Fabrice, par le docteur J. Rengade.

La Librairie illustrée vient de publier le *docteur Fabrice*, par le docteur J. Rengade : le roman du médecin, par un médecin! Avec le nombreux public demeuré fidèle au sympathique vulgarisateur, le corps médical tout entier prendra le plus vif intérêt à cette nouvelle œuvre.

C'est un récit patriotique, un drame des plus émouvants, cette fois, qui sert de thème au docteur J. Rengade, pour démontrer que les hommes, en dépit des frontières qui les séparent, ont partout le même cœur et les mêmes sentiments.

Cette généreuse vérité ne jaillit pas seulement du grand caractère du héros, du rôle superbe que remplit le docteur Fabrice dans un des plus mémorables épisodes de la guerre de 1870. Elle se dégage surtout des scènes d'ardente passion qui succèdent à la bataille; des souffrances du capitaine Franz Büchner, « l'ennemi intime »; de la fin si terriblement dramatique du docteur dans les ruines désolées du château de Frambourg.

A la veille de la grande manifestation pacifique que la France prépare avec l'Exposition de 1889, ce beau livre, d'une si haute portée philosophique et sociale, vient à point parler d'apaisement, de concorde, et plaider la cause si compromise de l'humanité. Tous es confrères du docteur J. Rengade lui sauront gré de cette inoubliable figure du docteur Fabrice. Tous les lecteurs conviendront, avec Jules Claretie, à qui l'ouvrage est dédié, qu'en faisant ainsi la guerre à la haine l'auteur continue bien son rôle de docteur qui fait la guerre à la mort.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Aucune communication relative à la médecine n'a été faite dans la séance du 6 août. Profitons-en pour revenir sur quelques communications faites dans les précédentes séances.

Alcaloïdes volatils de l'huile de foie de morue, par MM. Arm. Gautier et L. Mourgues. — Parmi les six alcaloïdes extraits de l'huile de foie de morue, les auteurs ont d'abord étudié les bases suivantes :

1° La butylamine dont les sels produisent sur les animaux une accélération des fonctions de la peau et des reins, et, à fortes doses, la fatigue, la stupeur et les vomissements;

2° L'amylamine qui, à petites doses, excite les réflexes et la sécrétion urinaire, et, à dose élevée, produit un tremblement général, puis des convulsions bien caractérisées et la mort;

3° L'hexylamine dont l'action est semblable, mais bien moins toxique;

4° La dihydrolutidine qui est médiocrement vénéneuse. A faible dose, elle diminue la sensibilité générale; à dose plus élevée, les animaux sont pris de tremblements localisés, surtout à la tête. Ils tombent dans une dépression profonde, entrecoupée de périodes d'excitation extrême et meurent paralysés des membres postérieurs.

MM. Gautier et Mourgues continueront cette étude par les bases fixes de l'huile de foie de morue, l'aselline et la morrhuine.

L'anagyrine, par MM. E. Hardy et N. Gallois. — *L'anagyris fœtida* est une légumineuse qui croît dans le midi de la France, en Algérie et dans tout le bassin de la Méditerranée, et l'anagyrine, son principe actif, est une substance toxique.

L'action physiologique du chlorhydrate d'anagyrine sur les animaux à sang chaud consiste en vomissements, frisson avec tremblements, ralentissement des mouvements respiratoires; enfin, arrêt de la respiration et arrêt du cœur.

Chez la grenouille, le phénomène le plus frappant est l'abolition du mouvement musculaire; les battements du cœur persistent longtemps après que tous les autres mouvements ont cessé.

Influence des excitations simples et épileptogènes du cerveau sur l'appareil circulatoire, par M. François-Franck. — « La divergence des opinions émises sur le sens des effets produits sur le cœur et les vaisseaux par les excitations du cerveau nous a paru résulter de ce fait que presque toutes les expériences ont été pratiquées sur des animaux immobilisés par le curare et mis en état d'*épilepsie interne* à l'insu des expérimentateurs. Vulpian seul a attribué à leur véritable cause les troubles circulatoires observés dans ces conditions.

Nous avons développé la même idée dans nos cours de 1884, mais nos conclusions sur la nature des modifications circulatoires différant notablement de celles de Vulpian, nous avons tenu à les contrôler de nouveau. Ce sont ces résultats que nous résumons ici :

Troubles cardiaques accompagnant les convulsions. — Dans le cours d'un accès *complet, successivement tonique et clonique,* le cœur se ralentit pendant la phase tonique et s'accélère dès que les secousses commencent à se dissocier; l'accélération s'atténue à mesure que les secousses s'espacent davantage, mais elle persiste le plus souvent à un degré très notable après la fin de l'attaque.

Dans les accès *incomplets, exclusivement cloniques,* généralisés ou intéressant une grande partie du corps, le cœur subit exactement les mêmes modifications que dans la phase clonique des accès complets.

Les accès *anormaux*, caractérisés par l'*intercalation d'une période tonique entre deux phases cloniques,* permettent de vérifier notre formule que le ralentissement du cœur est lié à la phase tonique et l'accélaration à la phase clonique : on voit, en effet, dans ces accès, une période de ralentissement s'intercaler entre deux périodes d'accélération, l'une initiale, l'autre terminale.

Troubles cardiaques des accès épileptiques masqués par la curarisation (*accès organiques, épilepsie interne*). — Des expériences nombreuses ont établi la justesse de notre hypothèse que la plupart des troubles cardiaques produits par les excitations du cerveau, chez les animaux curarisés, sont d'ordre épileptique.

En agissant sur des sujets dont un membre avait été conservé comme *témoin d'attaque* et préservé de la curarisation par la compression de ses artères ou par une circulation artificielle de sérum normal, ou bien en opérant sur des animaux curarisés à la limite, nous avons vu le cœur se ralentir d'abord pour s'accélérer ensuite si l'accès, artificiellement circonscrit, était successivement tonique et clonique; nous n'avons observé que l'accélération cardiaque si l'accès était exclusivement clonique. Quand l'animal est complètement curarisé et ne peut présenter aucune manifestation convulsive de l'épilepsie

provoquée, les mêmes troubles circulatoires se retrouvent, exprimant à eux seuls l'état épileptique et variant suivant la forme qu'aurait eue l'attaque convulsive si elle eût pu se produire.

Troubles vasculaires de l'épilepsie provoquée, avec ou sans convulsions externes. — La pression artérielle tend toujours à s'élever dans les accès épileptiques, tant par l'effet mécanique des convulsions que par l'influence des troubles respiratoires; mais la cause principale de cette élévation tient au spasme énergique des vaisseaux par action vaso-constrictive d'origine centrale. On démontre cet effet vaso-moteur indépendant par un grand nombre de procédés (section des pneumogastriques, atropine, coexistence de l'élévation de pression avec les ralentissements modérés du cœur, curarisation complète, etc.); mais le résultat suivant est le plus significatif : quand un organe vasculaire, comme le rein ou la patte d'un animal, diminue de volume et se rétracte au point de ne plus admettre le sang artériel dans son tissu, tandis que, d'autre part, la pression artérielle s'élève, on peut affirmer la provenance vaso-motrice de l'augmentation de la pression ; l'opposition de sens et le *croisement* des courbes manométrique et volumétrique sont obtenus dans ces conditions.

Effets circulatoires d'origine corticale, indépendants de l'état épileptique. — Malgré les réserves qui précèdent, nous n'hésitons pas à admettre que les excitations modérées, non épileptogènes du cerveau, produisent des modifications circulatoires simples, consistant, non point, comme on l'a dit, en réactions irrégulières et inconstantes, mais en réactions vaso-constrictives, d'une part, et en réactions soit cardio-modératrices, soit cardio-accélératrices, suivant l'intensité des excitations et le degré de l'excitabilité cérébro-médullaire. Les unes et les autres survivent à l'excitation et s'atténuent graduellement; elles ne se produisent que quand la zone dite *motrice* est intéressée dans l'excitation, ce qui n'implique nullement, à notre avis, qu'on doive admettre des centres corticaux cardiaques modérateurs et accélérateurs, vaso-constricteurs ou autres : la surface excitable se comporte comme une surface sensible et joue le rôle de point de départ, non d'organe producteur des réactions circulatoires. »

Sur la toxicité comparée de l'ouabaïne et de la strophantine, par M. E. Gley. — L'ouabaïne et la strophantine sont extraites du bois de l'ouabaïo et des semences du strophantus, deux plantes de la famille des Apocynées. Ces substances ont été étudiées au point de vue chimique par M. Arnaud.

M. Gley a tiré de nombreuses expériences sur des grenouilles, des cobayes, des lapins et des chiens les conclusions suivantes :

1° L'ouabaïne et la strophantine, qui ont presque la même composition chimique, qui sont homologues, ont les mêmes propriétés physiologiques;

2° Ce sont des poisons du cœur; leur administration durcit le cœur, le met en systole. et la mort ne tarde pas à survenir si la dose a été suffisante;

3° Cette dose varie suivant les animaux : chez la grenouille, 1/40 de milligramme suffit; chez le cobaye du poids de 475 à 500 grammes, 1/10 de milligramme; chez le lapin et le chien, la dose mortelle est de 1/4 de milligramme;

4° Le mode d'administration le plus rapide est l'injection intra-veineuse, puis l'injection sous-cutanée; l'administration par la voie stomacale est beaucoup plus lente, quoique également toxique;

5° La toxicité de l'ouabaïne est supérieure à celle de la strophantine; elle est double chez la grenouille et le lapin, triple chez le chien et quadruple chez le cobaye;

6° La mort survient dans le court espace de six minutes à une heure.

FORMULAIRE

Traitement de l'ulcère tuberculeux. — E. Rochard.

A l'aide de la curette de Wolkmann, on enlève tous les débris tuberculeux qui recouvrent les bourgeons charnus ; on gratte ces derniers, on verse sur la surface sanglante

une grande quantité d'eau phéniquée, et on couvre le tout d'un pansement antiseptique. Ce procédé s'applique aussi bien à la tuberculose locale des muqueuses qu'à celle de la peau. Il faut seulement avoir soin de détruire toutes les parties suspectes. — N. G.

COURRIER

Des concours pour les prix à décerner en 1888 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux de Paris, s'ouvriront le lundi 3 décembre 1888 à quatre heures : à l'Hôtel-Dieu, pour le concours de médecine ; —, à l'hôpital de la Charité, pour le concours de chirurgie et accouchement.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuves de ces concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Les épreuves de ces concours, récemment modifiées, sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire soit de médecine, soit de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat général de l'administration le 15 octobre au plus tard.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne pour le concours de médecine, ou sur un sujet de pathologie externe pour le concours de chirurgie et accouchement. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question, après quinze minutes de réflexion.

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie soit interne, soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Voyet, l'un des médecins les plus justement estimés de la ville de Chartres. Son service avait attiré un concours nombreux d'assistants. Le deuil était conduit par M. Albert Voyet, fils du défunt ; les coins du poêle étaient tenus par MM. les docteurs Salmon, Juteau et Chesnel et par M. Victor Gibert, pharmacien. Au cimetière M. le docteur Salmon a prononcé un discours qui a vivement ému l'auditoire.

Le jour même de l'inhumation de M. le docteur Voyet, Mme Voyet succombait à son tour après quinze jours d'une cruelle agonie.

— M. L.-V. Allaire, médecin principal de 1re classe de l'armée, en retraite, est mort à l'âge de 66 ans, à Paris. Ancien médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, il avait fait partie, en 1869, de la Commission chargée de mettre le règlement des hôpitaux militaires en rapport avec la loi nouvelle. Allaire, qui avait passé toute sa vie à lutter contre l'intendance, et dont la carrière fut pour ce motif systématiquement retardée, ne reçut aucune compensation quand l'autonomie fut acquise. Il avait publié sur la *fièvre typhoïde* des recherches qui lui valurent une médaille d'or de l'Académie. Conseiller d'arrondissement dans le département de Seine-et-Marne, Allaire avait conservé toute son activité physique et intellectuelle : il fut aimé de tous ceux qui l'ont connu et laisse un nom justement honoré dans la médecine militaire. (*Progrès médical*).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lacoste (de Pau).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

La deuxième question, *Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose*, a été l'objet de communications aussi intéressantes que la précédente.

M. le docteur Robinson (de Constantinople) a démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise, en particulier par M. Mahé, la phthisie pulmonaire est assez commune en Asie Mineure ; cette affection a pour cause alors la mauvaise alimentation, la contagion, les prédispositions héréditaires, etc. Une tribu du Taurus, les Afchares, se nourrit beaucoup de lait cru et conserve pour sa consommation les animaux malades, tandis qu'elle envoie dans les villes les animaux robustes pour être livrés au commerce.

La mauvaise alimentation, d'après M. le docteur Aguerre, est aussi le plus important facteur de l'extension de la tuberculose au Chili; et parmi les renseignements intéressants qu'il a donnés sur la climatologie et l'alimentation de la population chilienne pauvre, considérée comme cause de tuberculose, on voit que les substances azotées entrent pour une très faible part dans l'alimentation. La mortalité chez les enfants est d'environ 40 p. 100, et la tuberculose compte pour les 3/10 dans ce chiffre.

M. de Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris, actuellement médecin sanitaire à Beyrouth, a repris la question de l'antagonisme entre la tuberculose et le paludisme. En étudiant avec soin toutes les conditions qui peuvent prédisposer à l'apparition de ces deux maladies et à leur réunion chez les mêmes individus, conditions qui existent sur les côtes de Syrie comme en France, il a acquis la conviction, basée sur une statistique de 7,000 malades, que le paludisme paraît conférer une sérieuse immunité au point de vue de la tuberculose. Cette immunité, provoquée par l'évolution probable dans l'économie d'un micro-organisme, est loin d'être contraire aux principes de microbiologie actuellement admis. Elle existerait également en Egypte, d'après M. Piot, aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Mais M. le professeur Boussakis (d'Athènes) est d'un avis différent. Il habite un pays de marais où la tuberculose était très rare il y a trente ans, et dans lequel elle est devenue endémique, pour ainsi dire, depuis cette époque ; la contagion, la cohabitation, la communauté d'us-

tensiles de ménage, de vêtements, etc., seraient les raisons de cette extension de la maladie.

A Belle-Isle-en-Mer, milieu éminemment salubre, M. le docteur Calmette a constaté que les foyers d'infection sont peu étendus et souvent limités à une maison, et que les manifestations externes de la tuberculose sont rares, tandis que les broncho-pneumonies et les péritonites sont fréquentes. Il en conclut qu'il y a lieu d'insister sur l'antisepsie du tube digestif et conseille, dans ce but, les préparations de phosphore associées à l'eau de mer, qui lui ont donné des résultats supérieurs à toutes les autres substances antiseptiques.

Les familles, considérées comme milieux propres à la culture des bacilles tuberculeux, ont fait l'objet de plusieurs communications intéressantes.

M. le docteur Ricochon ayant fait l'inventaire minutieux de toutes les tares organiques trouvées dans 53 familles de tuberculeux, en conclut que ces tares sont l'indice d'une déchéance profonde de l'organisme, qui constitue une prédisposition très importante à la réceptivité et à la culture des germes tuberculeux chez les individus de ces familles.

L'histoire de trois familles de tuberculeux, tracée par M. Ferrand dans un autre but, lui fait admettre une influence considérable à l'hérédité et un rôle médiocre à la contagion. Mais comment agit l'influence héréditaire? Est-ce simplement en créant une prédisposition ou en transmettant les germes morbides des parents aux enfants? M. Malvoz pense que cette dernière opinion n'est basée que sur un petit nombre de faits, car le passage des micro-organismes à travers le placenta ne se fait que difficilement, et les cas de tuberculose congénitale sont très rares; il accepte donc la première hypothèse, ainsi que M. Bang et Van Hertsen, qui n'ont vu que de rares cas de tuberculose congénitale chez les veaux, alors que chez la vache, dans les mêmes pays, la tuberculose est très fréquente; il en résulte donc que la maladie se développe à un âge assez avancé dans l'espèce bovine.

Quant aux modes de développement, ils sont multiples, et M. Piot en a cité un des plus curieux. Il existait une étable où les vaches contractaient toujours la tuberculose, bien que le local eût été nettoyé de ces animaux enlevés; mais on s'aperçut enfin que les baquets destinés à la nourriture n'avaient pas été nettoyés et certainement les bêtes y devaient puiser les microbes spécifiques, de la même manière que les enfants puisent des ferments dans un biberon mal soigné.

M. Landouzy, étudiant la première enfance comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose, montre que l'hérédo-tuberculose n'est pas aussi rare dans l'espèce humaine que dans la race bovine. Les conditions de son apparition chez l'enfant sont multiples : les maladies pulmonaires de l'enfant, dans la rougeole, par exemple, font de l'organisme un véritable bouillon de culture pour le bacille de la tuberculose, qui n'attendait, pour germiner, que des conditions dyscrasiques et thermiques; viennent ensuite l'alimentation, la contagion par les téguments, les voies respiratoires, et, en outre, la contamination par la graine qu'il reçoit du père ou de la mère. La tuberculose chez les bébés est fréquente, car M. Landouzy, dans son service de la crèche de l'hôpital Tenon, a constaté, sur 50 autopsies, 1 décès sur 3 imputables à la tuberculose, et MM. Hayem et Damaschino ont enregistré les mêmes résultats.

A l'appui de l'influence paternelle dans l'hérédité tuberculeuse, M. Landouzy cite le fait de quatre enfants provenant d'un père tuberculeux et devenus tuberculeux, bien que la mère, qui les avait tous nourris restât saine. Ces enfants étaient indemnes de toute affection des muqueuses pouvant expliquer une infection par le tube digestif et vivaient éloignés du père, de façon que la contagion par les voies respiratoires ne pouvaif être invoquée; ici donc la tuberculisation ne pouvait être qu'héréditaire. Mais M. Landouzy croit qu'il s'agit là non d'hérédité proprement dite, mais d'une contagion conceptionnelle du spermatozoïde sur l'ovule; il le pense d'autant plus qu'il a vu des femmes, tout en restant saines après avoir engendré un enfant tuberculeux, avoir, consécutivement à cette grossesse, plusieurs autres grossesses avortées. Cette polyléthalité fœtale ne s'explique que par une contagion para-ovulaire.

Chez les animaux, les expériences de MM. Solles, Galtier et Arloing ont jeté un certain jour sur cette obscure question du mode de transmission de la tuberculose des parents aux enfants. D'après ces derniers auteurs, la transmission par voie utérine de la tuberculose et de la scrofulose semble bien exister, mais elle est loin d'être commune. M. Solles a montré, en outre, que les cobayes nés de parents tuberculeux ne se tuberculisent pas dans le jeune âge, mais que de même que chez les phthisiques, c'est tardivement que les premiers accidents apparaissent.

Si la coïncidence de la tuberculose et du paludisme est rare, celle de l'arthritisme et de la tuberculose est également peu commune. M. Jonesco en a cité un exemple intéressant. Il s'agit d'un homme qui, né d'un père tuberculeux et d'une mère arthritique, eut, dans sa jeunesse de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire, et, vers la trentième année, alors qu'il présentait des signes de phthisie pulmonaire, des arthrites tuberculeuses dans les mêmes jointures. Le rhumatisme semble avoir créé chez cet homme des lieux de moindre résistance dont se sont ensuite emparés les bacilles tuberculeux.

La combinaison des deux diathèses chez certains malades s'explique comme l'a fait remarquer M. Verneuil, parce que l'un des parents était atteint de tuberculose et l'autre d'arthritisme; c'est ce qu'on observe dans d'autres cas analogues où un sujet atteint d'épididymite tuberculeuse présente en même temps une hydarthrose rhumatismale; où un scrofuleux présente des anthrax, réservés presque exclusivement aux seuls arthritiques.

La communication de M. Landouzy sur la tuberculisation des enfants a amené une discussion secondaire sur le mode d'alimentation qu'il convient de leur donner. Le lait de vache étant souvent altéré, il faut de toute nécessité le faire bouillir avant de le faire servir à l'alimentation; le lait d'ânesse ou de chèvre, qui ne présente pas cet inconvénient, peut le remplacer avec avantage, comme l'a soutenu M. Legroux; mais ce lait est peu abondant, et la classe ouvrière, suivant l'expression pittoresque de M. Landouzy, remplira toujours ses biberons avec du lait de vache; il faut donc propager dans le public cet axiome : « Faire bouillir le lait avant de le boire. »

(A suivre.)

Diagnostic différentiel des fièvres éruptives proprement dites et des érythèmes polymorphes.

Par M. Morel-Lavallée, chef de clinique à la Faculté.

L'enfant Albert T..., âgé de 15 ans, se présente le 26 mai à la consultation de Saint-Louis, couvert, sauf à la figure, d'une éruption intense, les yeux brillants, les conjonctives injectées.

Les mains, par où a débuté l'éruption, sont, principalement à la face dorsale du métacarpe et du carpe, d'un rouge vif sur lequel se détachent des papules coalescentes et résistantes. Au thorax, l'exanthème érythémateux, diffus, est discret par places et dessine alors des courbes, des croissants comme on en trouve dans la rougeole; seulement, il est d'un rouge rosé, non vineux, saillant et ortié par endroit. Chose curieuse, cette tendance à l'urtication est nulle aux parties déclives, par exemple au dos, où l'aspect est exactement morbilliforme, tandis qu'en quittant le tronc les rougeurs s'éparpillent. Au cou, elles sont tout à fait discrètes. Aux régions parotidiennes, on ne voit que de petites taches à peine saillantes (comme dans la rougeole au début), tandis que la face est absolument indemne.

Aux membres, l'érythème, parfaitement plan et rose, n'affecte aucun caractère particulier, ni groupement, ni circination, ni figuration périarticulaires. Les pieds sont pris comme les mains; on y voit des nappes rouges, rosées, originairement arrondies, non saillantes, aussi nombreuses à la face plantaire qu'à la région dorsale. Léger gonflement au niveau des chevilles.

Comment cela a-t-il commencé? L'enfant raconte que, trois jours auparavant, c'est-à-dire le 23, il a été pris en pleine santé, sur le soir, d'une oppression extrême, véritable suffocation, qui a diminué quelques heures après, en même temps que s'installait un catarrhe naso-*oculaire* dont nous constatons la fin. — Le lendemain matin, 24 mai, l'enfant se réveille avec une éruption cuisante, prurigineuse sur les mains et les pieds, et rapidement celle-ci gagne le dos, les cuisses, puis le reste du corps, et, en dernier lieu, la face (?). Depuis le 24, il a la fièvre, il est resté couché le 25, et a vomi plusieurs fois depuis vingt-quatre heures. Il accuse une insomnie persistante qu'il attribue en partie au prurit.

Le 27 au matin (quatrième jour de l'éruption), son état est le même, si ce n'est que les boutons papuleux du dos de la main ont disparu pour céder la place à un érythème, laissant, comme au tronc, des intervalles de peau saine à configuration plus ou moins orbiculaire. La température est tombée de 38°5 à 38°. L'enfant tousse peu, présente quelques râles de bronchite, ses yeux sont toujours brillants, secs, rouges; mais un nouveau phénomène attire l'attention : la partie antérieure de la langue est en pleine desquamation, laissant voir des papilles érigées, d'un rouge framboisé.

A quelle maladie avons-nous affaire? L'angine suffocante prodromique, le catarrhe oculo-nasal, la disposition de l'exanthème sur le tronc en nappes à bords courbes dont la rougeur s'efface sous le doigt sont en faveur d'une *rougeole*, dont l'apparence est réalisée d'une façon schématique par l'érythème du dos. Mais l'éruption est d'un rouge « tout rose », ortié en maint endroit, il y a un prurit intense, il y a eu des vomissements, les prodromes n'ont duré que douze heures avant l'éruption; les rougeoles ortiées sont rares; l'hypothèse d'*urticaire fébrile* est plus admissible. En

revanche, il y a une difficulté de plus; c'est la desquamation de la langue, encore limitée au tiers antérieur (1), mais absolue, brutale, telle que seule ou à peu près la réalise la *scarlatine*. Or, la scarlatine peut être ortiée, elle est souvent prurigineuse, elle peut donner lieu à de l'angine œdémateuse suffocante... Il est vrai qu'ici nous n'avons pas d'adénopathie cervicale et que le voile du palais n'est pas rouge, les amygdales non plus, ou bien peu.

Le 27, soir, accès d'oppression angineuse. Temp. 38°2.

Le 28, au matin, rien de saillant; si ce n'est la disposition ortiée qui s'affirme aux pieds, sur lesquels, à la loupe, on peut distinguer quelques disques rouges, pâlissant sous le doigt, et se cerclant alors d'une aréole rosée. — Le soir, la température remonte à 38°7; mais, en même temps, survient un phénomène qui vient définitivement trancher la question diagnostique, c'est un œdème blanc, mollasse, des deux paupières inférieures, — un type d'œdème ortié, — alors que l'éruption est en voie de disparition partout et que l'examen répété de l'urine est négatif au point de vue de l'albumine... Nulle part, il n'y a trace de desquamation, même furfuracée.

La température baisse de 2 degrés du 28 soir au 30 matin, moment où l'éruption n'existe plus; il n'y a plus qu'un peu d'œdème palpébral qui s'en sera allé le lendemain.

Ainsi, voilà un érythème polymorphe fébrile, de variété ortiée, — une urticaire fébrile, — qui a commencé par une localisation sur la muqueuse pharyngo-laryngée, remontant de là au pharynx nasal et aux yeux, qui a eu un cortège fébrile de six jours, qui a déterminé une éruption tellement morbilliforme et si peu urticarienne (sauf la couleur rosée) pendant quarante-huit heures, que le diagnostic est resté jusque-là hésitant; qui s'est même accompagné d'un peu de bronchite à la base droite (2), et qui, en outre, a produit, du quatrième au sixième jour de l'éruption, une desquamation linguale intense et totale, si bien que, la chaleur mordicante de la peau aidant, l'hypothèse de scarlatine a dû être discutée!

Il nous a paru utile de publier ce fait pour montrer combien ardu, — au contraire de ce que l'on pense généralement, — peut être le diagnostic d'une fièvre éruptive vis-à-vis, en particulier, d'un érythème polymorphe. Aussi bien avons-nous déjà eu l'occasion d'écrire ailleurs (3) la relation d'un cas des plus probants à cet égard : Il s'agissait d'un enfant soigné à l'hôpital de la rue de Sèvres, dans le service de notre cher et excellent maître M. Labric, et qui, dans la période réactionnelle du choléra (1884), présenta un érythème des plus curieux ; l'éruption, absolument monomorphe dans chacune des différentes périodes de son évolution, simula exactement et *successivement* une rougeole, une scarlatine, une urticaire. L'indécision fut telle les premières heures que, dans un hôpital où les « cas intérieurs » sont si fréquents, le diagnostic fut tenu en suspens par tout le monde. Et il ne faudrait pas croire, comme le disait notre ami M. de

(1) Elle sera totale vingt-quatre heures après.

(2) Le 31 mai est apparue, au niveau du sinus costo-diaphragmatique droit, en avant de la ligne pré-axillaire, une douleur intercostale fixe, violente, et qui n'était pas encore terminée le 6 juin. Nous avons cru trouver, par instant, un léger froissement pleural à ce niveau.

(3) Voy. *Annales de dermatologie.*

Molènes-Mahon (1), qu'il arrive forcément un moment où l'éruption « classique » de la fièvre éruptive « finit par rendre toute confusion *impossible*, étant donnée surtout la coexistence des troubles généraux spéciaux à chaque pyrexie exanthématique. Dans une observation d'érythème cholérique que M. de Molènes a relatée dans sa thèse (2), *la langue était rouge, dépouillée, humide; les amygdales recouvertes d'un très fin enduit pultacé;* il est vrai que la modalité scarlatineuse de l'éruption n'était pas, dans ce cas, uniforme; mais, dans celui que nous publions aujourd'hui, il y avait, en même temps qu'un exanthème morbilliforme, du *catarrhe oculo-naso-bronchique;* fait discordant, — nous dira-t-on, — la desquamation de la langue! — C'est vrai, mais la stomato-pharyngite de la rougeole n'est pas si rare, et nous venons précisément, dans le service de M. Fournier, d'observer chez un enfant une rougeole avec un enanthème tellement intense que (sans parler de l'érythème palatin ni de la bonchite congestive), il se fit, du deuxième au troisième jour de l'éruption, une desquamation totale, absolue, scarlatiniforme de la langue (3).

La difficulté du diagnostic vient encore s'augmenter de la possibilité, à laquelle il faut toujours songer, d'une toxicodermie. Toutes les modalités de l'érythème peuvent, en effet, être produites par des actions médicamenteuses ou alimentaires variables à l'infini. Telle une hydrargyrie que nous avons eue à soigner à la clinique de Saint-Louis, et qui, après avoir simulé pendant trente-six heures une rougeole, fut pendant plusieurs jours prise pour une scarlatine « typique » par *tous* les médecins qui la virent, à l'exception de ceux qui, dans le service du professeur Fournier, avaient pu suivre les phases de l'éruption (4).

Pour revenir au malade dont nous avons aujourd'hui relaté l'histoire, il nous a été donné de voir chez lui, — fait intéressant, — une urticaire débuter par les muqueuses et les frapper une seconde fois, en un accès, pendant la pleine floraison du rash cutané. Ajoutons que nous n'avons pas trouvé la moindre cause pour expliquer l'apparition de cette urticaire, ni émotion soudaine et violente, ni alimentation épicée (ni fraises, ni asperges, etc.); l'enfant, pendant quarante-huit heures, n'avait pris que du lait... Il n'y avait, comme détail à signaler, que la pré-existence d'un eczéma limité des jambes qui a paru amélioré par l'exanthème intercurrent.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE PHARMACOLOGIE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE, par LAUDER BRUNTON traduit de l'anglais par L. DENIAU et L. LAUWERS.

Cet ouvrage conçu sur un plan nouveau se divise en deux parties : l'une, celle qui vient de voir le jour, consacrée à la discussion des méthodes d'exploration et d'étude de l'action médicamenteuse, à la constatation des modifications que ces agents peuvent faire

(1) Thèse de Paris (1884).

(2) Postérieurement à ces deux observations, contemporaines, d'érythème cholérique, on en trouvera d'autres dans les quelques relations qui ont pu être publiées des épidémies de Marseille et de Paris (1884).

(3) Sera publié.

(4) Cette hydrargyrie, qui a affecté les allures graves des variétés *H. febrilis* et *H. maligna*, autrefois décrites par Alley (Londres, 1810), sera publiée prochainement.

subir à chaque fonction et à l'étude des règles de l'emploi rationnel des agents thérapeutiques dans l'état de maladie; l'autre, réservée à la pharmacologie.

M. Lauder Brunton essaye de classer les médicaments d'après leur poids atomique, et, d'une manière générale, cherche à rapprocher les propriétés physiques et chimiques des corps de leur action physiologique. C'est là une tentative des plus heureuses, et si, par suite de l'imperfection de nos connaissances, elle ne peut encore donner de résultats complets, c'est en cherchant de ce côté que l'on établira la véritable classification des médicaments.

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur dans l'étude qu'il fait de l'action des agents médicamenteux sur les principaux systèmes, mais nous citerons encore parmi les innovations heureuses la règle qu'il s'est tracée de rappeler les principales notions physiologiques utiles pour la compréhension complète des actions médicamenteuses. Bien souvent, en effet, lorsqu'ils étudient la thérapeutique, les étudiants ont oublié la physiologie. — P. C.

DES NÉVRALGIES VÉSICALES, par le docteur Maxime CHALEIX-VIVIE. Paris, J.-B. Baillière, 1888.

L'auteur étudie d'abord les névralgies vésicales liées à une lésion de l'appareil urinaire qui siège habituellement dans la vessie, mais peut avoir occupé le rein ou l'urèthre. Le deuxième chapitre est consacré aux douleurs dépendant d'altération d'organes voisins des voies urinaires; l'altération organique et la congestion active ou passive dominent leur pathogénie. Viennent ensuite les névralgies liées à des lésions de l'axe cérébro-spinal, et là M. Chaleix-Vivie a placé l'étude complète du symptôme dans l'ataxie; il peut aussi exister dans la période prémonitoire de la paralysie générale.

Enfin la douleur vésicale peut se voir dans des états morbides généraux, hystérie, goutte, rhumatisme, ou enfin paraître idiopathique.

Le dernier chapitre, très intéressant, nous donne un bon exposé du traitement qui peut être médical et chirurgical. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Extrait d'Helleborus viridis dans les maladies du cœur. — Le liquide extrait de l'*Helleborus viridis* a une couleur jaune, un goût amer très prononcé, et une pesanteur spécifique de 1,097. On lit dans la *Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, que le docteur Christovich, après avoir fait un grand nombre d'expériences avec cet extrait sur des chiens et des grenouilles, l'a employé comme remède dans onze cas d'affections cardiaques. Voici le résumé des résultats obtenus : 1° Le médicament accroît les contractions du cœur, renforce son action, et augmente la plénitude du pouls. — 2° Dans les cas d'activité violente du cœur, un amoindrissement de cette activité morbide a été observé. — 3° les congestions des poumons, du foie et des reins ont été dissipées ou amendées. — 4° la sécrétion de l'urine a été accrue. — La dose a été de 10 à 20 gouttes d'une solution de l'extrait au centième, données de 4 à 6 fois par jour. (*The therapeutie Gazette*, 15 mai 1888). — R.

De l'action sur l'ampliation pulmonaire des douches chaudes et des frictions sur le thorax. — Les auteurs qui ont préconisé l'emploi des douches chaudes dans les traitements thermaux, n'ont vu généralement dans l'application de ces douches qu'un procédé de révulsion. M. le docteur J. Nicolas, qui exerce la médecine au Mont-Dore depuis un grand nombre d'années, et qui a déjà publié, à plusieurs reprises, les résultats de ses études et de sa pratique à cette station thermale, ayant remarqué l'ampleur et la facilité plus grandes de la respiration chez les malades atteints d'emphysème pulmonaire après la douche chaude donnée sur le thorax, s'est livré à des études expérimentales dans ces conditions, par l'auscultation et par la mensuration de la capacité respiratoire à l'aide du spiromètre ; et il a constaté que l'augmentation de la capacité pulmonaire est constante après la douche, et qu'elle est en moyenne de 200 à 300 centimètres cubes. (*Annales de médecine thermale*, 5 juin 1888.) — R.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887).

4 juillet. — M. BOUCHACOURT lit une *Etude clinique sur quelques particularités de l'histoire des fibromes ou myomes utérins.* L'hémorrhagie peut manquer parfois; en général elle affecte la forme ménorrhagique. La quantité de sang perdu est souvent considérable. L'hémorrhagie est, en général, constituée par du sang veineux. Aujourd'hui on a compris les inconvénients qu'il y avait à opérer trop haut les fibromes; on a soin de les abaisser, et, par cette pratique, on déchire le tissu celluleux et les veines dont on peut facilement arrêter l'hémorrhagie au moyen de la torsion. Les fibromes peuvent donner lieu à de la rétention d'urine. M. Bouchacourt possède trois observations de grossesse nerveuse chez des femmes atteintes de fibromes de la partie inférieure de l'utérus. Est-ce que ces productions ne pourraient pas, grâce à leur siège, grâce à la pression qu'elles exercent sur les nerfs, donner l'explication des symptômes éprouvés par les femmes qui croient à une grossesse certaine, alors qu'elles ne sont nullement enceintes? Il faut, en général, déconseiller le mariage aux personnes atteintes de fibromes, car, généralement, la grossesse se termine par avortement. La rétrocession des fibromes peut être comparée au phénomène anologue que l'on observe dans l'accouchement.

M. LACASSAGNE se demande si les fibromes ne pourraient pas être d'origine microbienne. Seuls les fibromes volumineux qui siègent en avant sont capables de produire la rétention d'urine. Ces troubles dans la miction sembleraient plutôt dépendre d'un phénomène nerveux réflexe. Il croit que le mariage ne doit pas être contre-indiqué dans tous les cas de fibromes.

M. POULLET partage ce dernier avis.

11 juillet. — M. GAYET fait une communication sur l'ASEPSIE OCULAIRE. Avant d'opérer les individus atteints de cataracte, il les soumet à un nettoyage complet : bains généraux; lavage, au savon, de la face, des cheveux et de la barbe; puis douches nasales, gargarismes spéciaux; enfin, au moment même de l'opération, on fait des lavages avec une solution de sublimé (1/6000e) ou avec la solution saturée d'acide borique. Ce sont là les deux seuls antiseptiques qu'il a employés. Entre ces différents lavages, les yeux sont fermés au moyen d'un pansement antiseptique.

Pour recueillir le pus dans les culs-de-sac conjonctivaux, il se sert de l'aiguille de platine qu'il plonge, la paupière supérieure étant relevée, entre celle-ci et le globe oculaire. Cette aiguille est ensuite portée dans un tube contenant de la gélose, tube qui est ensuite soumis dans une étuve à une température convenable.

M. Gayet a été surpris en constatant alors que presque tous les tubes ainsi ensemencés étaient fertiles. Sur 178 ensemencements, les tubes se sont montrés fertiles 139 fois; stériles, 39 fois; c'est-à-dire que la proportion des yeux indemnes de germes, par rapport à ceux qui en contiennent, est d'environ 28 p. 100, près d'un tiers. Suivant le sexe, cette proposition s'est montrée bien différente. Pour les hommes, elle est seulement de 16 p. 100, et, pour les femmes, de 38 p. 100. L'explication de cette immunité est difficile à donner. L'âge ne paraît pas avoir une influence bien marquée sur la présence des germes.

Sur 157 opérés, on a obtenu : succès complet sur 107 cas; résultats satisfaisants, mais avec quelques complications, 39; accidents phlegmoneux ou plastiques, 12 cas.

Dans une seconde série d'ensemencements, sur 36 malades, M. Gayet a obtenu 32 tubes fertiles et 3 tubes stériles. Les résultats opératoires de cette série ont été : succès complet, 27; résultats satisfaisants, 3; accidents phlegmoneux, 2.

L'étude des cultures a montré qu'il existe dans le cul-de-sac conjonctival de l'homme une variété assez grande de germes.

Voici les conclusions de l'importante communication de M. Gayet :

« 1° La plupart des gens recèlent sous leurs paupières des germes microbiens; il ne semble pas y avoir de différence entre ceux qui y habitent et ceux qui n'y résident pas.

2° L'emploi des moyens antiseptiques ou aseptiques ne paraît exercer qu'une influence bien minime sur la présence des germes dans les culs-de-sac conjonctivaux, ou tout au moins, quel que soit le soin avec lequel on les ait mis en usage, on n'est jamais certain d'en avoir débarrassé le terrain opératoire.

3° Ces germes sont à coup sûr de plusieurs espèces, et sans prétendre, ni en préciser le nombre ni la qualité, nous pouvons affimer que parmi eux existent des coques variés.

4° Ces germes ne sont pas tous pathogènes, puisque le nombre des accidents suppuratifs n'a été, chez ces opérés, que de 6 1/2 p. 100, alors que la fertilité du terrain opératoire s'est montrée de 75 p. 100.

5° Les coques semblent renfermer les espèces dangereuses, puisque ce sont eux que nous avons trouvés dans les produits des yeux où ont éclaté des accidents phlegmoneux.

6° Les coques ne sont pas nécessairement dangereux, puisque nous avons pu en isoler et en cultiver qui ont été incapables d'engendrer la suppuration. »

18 juillet. — M. Diday donne lecture de quelques considérations sur *l'herpès récidivant de la langue chez des ex-syphilitiques.* Ces lésions ne sont pas inoffensives; on ne doit peut-être pas permettre le mariage. On a établi des relations entre le siège des accidents syphilitiques et celui de l'herpès; ainsi les accidents du cou donneraient l'herpès de cette région, et ceux des organes génitaux l'herpès de ces parties. Mais l'herpès ne vient pas à la place des plaques muqueuses. En effet, ces accidents secondaires ont leur lieu d'élection à la gorge, tandis que l'herpès apparaît à l'extrémité de la langue.

M. Boucaud demande s'il y a lieu d'établir un parallèle entre la pathogénie de l'herpès et celle des végétations.

M. Aubert fait remarquer que l'ex-syphilitique en fait reste syphilitique, bien qu'il n'ait plus d'accidents actuels. Les plaques muqueuses peuvent être très difficiles à reconnaître. L'aphte n'a de rapport avec aucun herpès et c'est une lésion microbienne. Les végétations ne sont pas syphilitiques et sont contagieuses.

M. Diday répond à M. Boucaud que, toutes les fois qu'il y a hyperémie de la muqueuse génitale, il y a disposition, tendance à l'herpès, aux végétations.

25 juillet. — M. Aubert présente un flacon contenant de la sérosité qu'il a retirée par la ponction du genou d'un jeune homme de 25 ans atteint de rhumatisme blennorrhagique. Cet individu avait déjà fait, en 1885, un séjour à l'Antiquaille pour une affection semblable à la suite de cette arthrite, le genou gauche ne présentait plus que des craquements simulant le bruit de neige.

Dernièrement ce jeune homme était entré à l'hôpital pour une blennorrhagie compliquée de rhumatisme du genou droit; son affection suivait une marche normale lorsque, il y a deux ans, le genou gauche devint à son tour le siège d'une arthrite inflammatoire. Ponctionné trente-six heures après le début de l'affection, l'articulation a fourni un liquide franchement purulent, à réaction alcaline. Il a vainement cherché dans le pus la présence des gonococci. Il doit ajouter, du reste, que cette recherche ne lui a jamais donné de résultat.

Il est certain, toutefois, que le rhumatisme blennorrhagique a une marche qui le distingue nettement du rhumatisme ordinaire. Il insiste plus spécialement sur ce point que la purulence s'est faite d'emblée.

M. Diday demande si M. Aubert a trouvé des gonococci dans le liquide de l'épididymite blennorrhagique et dans le sang des blennorrhagiques.

M. Aubert répond que ses recherches n'ont jamais porté sur le liquide de l'épididymite. Quant au sang, jamais il n'y a trouvé le microcoque de Neisser.

— M. Ollier appelle l'attention de la Société sur une question encore controversée aujourd'hui, et qui a rapport à la conservation du pied dans les lésions tuberculeuses du tarse et du métatarse. Autrefois, dans ces cas, l'amputation de la jambe au tiers inférieur était indiquée, mais, de nos jours, il faut penser autrement. M. Ollier déclare,

en effet, que l'on peut enlever les os du tarse, du métatarse, obtenir une guérison, et cela sans que la marche soit devenue impossible. A l'appui de son opinion, il présente six moules en plâtre représentant la jambe et le pied de personnes opérées de 2, 3 ou 4 ans. Tous ces malades sont guéris, ils marchent facilement, peuvent faire 5, 10 et même 25 kilomètres en un jour (tel est l'état d'une jeune fille, domestique dans les Hautes-Alpes, opérée il y a quatre ans). De plus, leur état s'améliore encore; chaque année, ils deviennent plus forts. On ne peut exiger mieux, et c'est toujours avec peine, et après divers refus, que le malade consent à sacrifier son pied.

M. Ollier présente deux malades. Chez l'un, il a enlevé l'astragale, environ 1 centimètre aux malléoles et 1 centimètre au tibia, et a modelé une nouvelle articulation par une incision courbe. Chez le second, M. Ollier réséqua l'astragale, la partie cuboïdienne du calcanéum, le cuboïde, le scaphoïde, les trois quarts postérieurs du troisième cunéiforme et la partie postérieure des deux autres, puis modifia le reste du tissu fongueux et fit un drainage. Ce malade est sorti de l'hôpital depuis six mois, et il est en bonne santé; on observe un peu d'équinisme, probablement dû à ce qu'il n'a pas suivi un traitement assez rigoureux, mais son état s'améliorera encore beaucoup, et il espère faire disparaître l'équinisme.

Le périoste des os du tarse est assez mauvais reproducteur, ce qui produit ordinairement des déformations; mais ce qu'il faut, c'est la solidité du calcanéum principalement, qui doit donner attache au tendon d'Achille et supporter le pied.

Ce sont des succès véritables, des guérisons vraies. En France, il n'y a presque exclusivement qu'à Lyon où les chirurgiens aient suivi la méthode de M. Ollier. On accuse cette méthode de donner une guérison difficile et lente, et, en second lieu, d'exposer à la réinoculation de la tuberculose.

La difficulté de la guérison dans la résection du pied est considérablement diminuée depuis l'antisepsie. Aujourd'hui surtout, avec le sublimé et l'iodoforme, les plaies guérissent promptement.

Quant à la réinoculation, il faut avouer qu'elle est rare. Elle est due à une prédisposition spéciale du malade, à une affection antérieure. Si elle existe en dehors de cet état antérieur, c'est que l'opération a été mal faite, incomplète. En prenant son temps, en ayant soin de ne laisser derrière soi aucun abcès, les récidives ne sont pas à craindre Elles ont toujours pour origine un foyer tuberculeux qui n'a pas été reconnu.

M. Diday, tout en admirant les beaux résultats de M. Ollier, fait quelques remarques:

1° Au point de vue du danger, il serait peut-être préférable, dans certaines circonstances, d'amputer au-dessus des malléoles, pour éviter les inconvénients qui pourraient provenir d'une résection.

2° Au point de vue de l'opportunité, les gens qui peuvent se mettre un pied artificiel, n'ont rien de disgracieux et marchent facilement.

M. Ollier répond à M. Diday qu'il n'y a pas d'accidents graves à redouter dans ces opérations. On ne meurt pas d'une résection d'astragale. L'antisepsie nous rend de grands services. On a toujours le temps d'amputer plus tard. M. Ollier cite un exemple où plusieurs opérations successives sur le même individu n'amenèrent aucun accident du côté des poumons, malgré les prédispositions que le malade semblait avoir pour la tuberculose (il aurait eu souvent, auparavant, des hémorrhagies pulmonaires). Quant aux méningites tuberculeuses, que l'on a voulu faire naître de ces résections, elles sont le fruit d'une infection antérieure dans la majorité des cas. Pour ce qui regarde la prothèse des pieds, il est incontestable que les malades préfèrent leur pied à un pied artificiel. Les malades qu'a présentés M. Ollier se sont toujours refusés à se laisser amputer.

Enfin, M. Ollier déclare qu'en principe si l'auto-inoculation est possible pendant l'opération, on peut la regarder comme rare. Chez les personnes atteintes de phénomènes pulmonaires, excepté chez les enfants, la résection est contre-indiquée. — P. C.

Thèses présentées a la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de mai et juin 1888.

Bride (Frédéric): Essai sur le sommeil et l'insomnie des vieillards. — Fochier (Jules): Etude critique sur le traitement de la pustule maligne et de l'œdème malin ; valeur des grandes incisions. -- Chabannes (René): Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique. — Daspres (Jules): Quelques considérations sur la saignée générale. — Trévoux (François) : Des tumeurs à tissus multiples. — Monnot (Auguste) : De la leucocytose symptomatique de l'hyperthermie et de la cachexie fébrile. — Le Méhauté (Pierre) : De l'empoisonnement par la strychnine en médecine judiciaire. — M. Dor : De l'amputation intra-condylienne du tibia et son perfectionement par la méthode sous-périostée ; avantages de cette opération comparativement à la désarticulation du genou. — Lecreux (Léon) : Etudes sur les intermittences cardiaques consécutives à certains troubles gastro-intestinaux. — Françon (Abel): Etude sur les hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité. — Castellan (Astius-Charles) : Histoire médicale d'une campagne sur la canonnière *la Vipère*, en Annam, au Tonkin et dans les mers de Chine. — Charrin (Salomon) : Des blessures du cœur au point de vue médico-judiciaire.

FORMULAIRE

Poudre contre la tympanite. — M. Raymond.

Noix vomique pul.............................. 0 gr. 30 cent.
Semences d'anis pulv.......................... 0 gr. 15 cent.

Mêlez et divisez en 2 prises, dont on prendra l'une le matin et l'autre le soir. — Deux cuillerées à bouche de charbon dans la journée, pour combattre la tympanite. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la fête de l'ASSOMPTION, l'*Union médicale* ne paraîtra pas jeudi 16 août.

Faculte de médecine de Lyon. — Les récompenses suivantes ont été décernées à la suite des concours de fin d'année :

Médecine. — Première année : prix, M. Roux (Jean); — deuxième année : pas de prix; mention honorable, M. Bourdin ; — troisième année : prix, M. Chatin.

Pharmacie. — Première année : pas de prix ; mention honorable, M. Maurice ; — deuxième année : prix, M. Moreau ; — troisième année : prix, M. Ducher.

Le concours, ouvert le 1er août, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et physiologie, à l'Ecole de médecine de Besançon, s'est terminé par la présentation de M. Edouard Bolot.

— M. le docteur Brousse est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bourganeuf.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur E. Decaisne, rédacteur scientique de la *France*, décédé, à Paris, le 6 août 1888, à l'âge de soixante et un ans.

— On nous signale une grande infortune, qui vient de frapper la famille d'un de nos confrères.

Dans l'exercice de ses fonctions, M. le docteur Fichou est blessé au genou. Seul et sans secours, notre malheureux confrère pare aux premiers accidents. Mais les malades l'appellent ; n'écoutant que son cœur, il ne veut pas les abandonner. Il oublie que le repos lui est absolument nécessaire. Le mal ne tarde pas à faire des progrès, et c'est

sur un lit de nos hôpitaux, à Paris, qu'à la suite d'une amputation, notre infortuné confrère succombe, laissant une veuve et des enfants dans le plus profond dénoument.

Voilà bien le moment de nous souvenir des devoirs que nous impose la confraternité médicale. Si nos lecteurs partagent notre sentiment, nous les prions d'adresser directement leur obole à la veuve de notre confrère : *Madame veuve Fichou, à Erquy* (*Côtes-du-Nord*).

La situation que nous venons d'exposer est des plus douloureuses : elle demande un prompt secours; souvenons-nous du vieux proverbe : « Qui tost donne deux fois donne. »

(*Gazette des hôp.*)

Pharmacies scolaires. — Des accidents inattendus se prduisant parfois parmi les enfants des écoles, l'administration a reconnu l'utilité de placer dans ces établissements le matériel nécessaire aux premiers soins.

A la rentrée, chaque école sera pourvue d'une petite pharmacie portative.

L'atelier de menuiserie du magasin scolaire fabriquera des coffres de bois blanc renfermant le strict nécessaire : alcool camphré, arnica, solution phéniquée, ammoniaque liquide, bandes, compresses, charpie, ouate, etc.

Ces différentes fournitures seront faites par la pharmacie centrale des hôpitaux.

(*Bull. méd.*)

Faculté de médecine de Bordeaux. — Prix de la Faculté :

Première année. — Prix, M. Coupry; mention honorable, M. Riffé.

Deuxième année. — Prix, M. Pepin.

Troisième année. — Prix, M. Lacaze; mention honorable, M. Baudet.

Quatrième année. — Prix, M. Lespinasse.

Prix du Conseil général. — Prix de 300 fr., M. Daraignez.

— La Société d'hygiène publique de Bordeaux vient de décider qu'un prix de 500 fr. sera décerné en 1889 au meilleur travail qui lui sera présenté sur un sujet d'hygiène déterminé. La question mise au concours sera portée ultérieurement à la connaissance des intéressés.

Une médaille d'argent et une de bronze seront, en outre, décernées chaque année aux deux meilleures thèses présentées devant les Facultés de Bordeaux sur un sujet d'hygiène.

— La « Revue illustrée de polytechnique médicale » a pris l'initiative d'établir à l'Exposition universelle qui doit s'ouvrir à Paris en 1889, une vitrine destinée à contenir les instruments ou appareils que les médecins et fabricants voudront bien lui confier.

Les demandes de renseignements doivent être adressées, dans le plus délai possible, à la maison Devauchelle, 85, rue Lafayette, à Paris, laquelle se charge de tous les détails relatifs à cette Exposition, ou aux bureaux de la Revue, 53, rue d'Hauteville, à Paris.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le jeudi 23 août, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, 17, rue du Louvre, de midi à deux heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

La troisième question, *Sur les voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie et les mesures prophylactiques qui en découlent*, a été étudiée à l'aide de documents empruntés à la méthode clinique et à la méthode expérimentale.

La question du terrain, déjà soulevée dans la discussion précédente, a été agitée de nouveau par MM. Torkomian (de Scutari), Verneuil, Chauveau et Villemin. Les documents cités étaient d'autant plus intéressants qu'ils étaient personnels. M. Torkomian se pique en faisant l'autopsie d'un sujet tuberculeux en 1882; il survient un tubercule anatomique, puis une lymphango-adénite du membre supérieur, et les accidents s'arrêtent là; plus heureux, MM. Verneuil, Maisonneuve et Chauveau n'eurent que des tubercules anatomiques, bien que, dans le dernier cas, le virus fût très actif. M. Verneuil pense que ses collègues et lui étaient de mauvais terrains de culture pour le bacille de la tuberculose et que celui-ci s'est éteint sur place; mais il fait remarquer que l'existence d'un tubercule anatomique chez un sujet sain en apparence doit faire rechercher la tuberculose viscérale. M. Chauveau est d'avis que la voie sous-épidermique n'est pas favorable à la pullulation du virus tuberculeux; M. Villemin soutient la même opinion, en ajoutant que le tubercule anatomique n'est pas toujours produit ni par un microbe, ni par le même microbe. M. Barthélemy croit également que le tubercule anatomique n'est pas uniquement produit par l'inoculation tuberculeuse, et que divers organismes infectieux, introduits sous la peau, peuvent favoriser son développement. Mais toute sorte de plaie peut servir de point d'entrée au virus tuberculeux, piqûre anatomique, écorchure, blessures par éclat de verre, comme dans la belle observation de M. Tscherning, une des premières de ce genre qui aient été publiées; dans ce cas, il y eut ensuite infection généralisée, mais, dans un second du même auteur, l'inoculation resta locale.

Sur la muqueuse conjonctivale et buccale, l'inoculation bacillaire ne se fait que difficilement. Ce n'est pas à la seule présence des larmes et de la salive qu'est due cette difficulté de pullulation, mais, d'après les habiles expériences de M. Valude, aux nombreux micro-organismes renfermés dans ces liquides en même temps que les bacilles de Koch, et qui s'opposent à la germination de ces bacilles. Quand on porte à travers la mu-

queuse, dans le tissu des glandes salivaires, le liquide virulent, l'inoculation se fait très bien.

L'ingestion de crachats tuberculeux par des poules a démontré à MM. Straus et Wurtz que les gallinacés sont extrêmement réfractaires à la tuberculose par ingestion, certains de ces volatiles ayant été nourris de cette manière pendant une année et n'ayant présenté, à l'autopsie, aucune trace de tuberculose. Le suc gastrique paraît être l'agent de cette stérilisation des bacilles. Pour s'en assurer, MM. Straus et Wurtz ont mis en contact, pendant un temps variable, des cultures pures de bacilles et du suc gastrique pur provenant du chien, et ont inoculé ce mélange dans le péritoine de cobayes et de lapins. Ils ont vu ainsi qu'après six heures de contact, la virulence des bacilles était détruite; mais, chez l'homme, les conditions ne sont plus les mêmes, et l'action du suc est moins énergique. Dans ces cas, en effet, les bacilles sont contenus dans les tissus (viande, viscères) et en partie protégés par eux. D'autre part, le suc gastrique est dilué par les aliments et les boissons; enfin, la durée du séjour des aliments dans l'estomac atteint rarement la limite de six heures. On peut donc en conclure qu'il serait chimérique de compter, chez l'homme, sur l'intervention du suc gastrique pour le garantir contre le danger de l'ingestion de produits tuberculeux.

Les poules, cependant, peuvent se tuberculiser par l'ingestion de crachats de tuberculeux, comme l'a démontré M. Cagny (de Senlis). Un jeune tuberculeux habitait une ferme dont les poules, dévorant les crachats, devinrent tuberculeuses. Les animaux sacrifiés, la basse-cour nettoyée et désinfectée, aucun accident de ce genre ne se reproduisit.

L'inoculation des cultures de virus tuberculeux aux poules a démontré à M. Nocard que ces volatiles se tuberculisaient parfaitement, mais sans présenter de nodosités tuberculeuses; ils meurent d'infection, les organes remplis de bacilles.

La manière dont se généralise la tuberculose expérimentale a été bien étudiée par MM. Arloing et Jeannel. Pour eux, le sang et la lymphe sont les deux principaux vecteurs des bacilles; pour M. Jeannel, la généralisation est accomplie seize heures après une inoculation des produits tuberculeux; par conséquent, il n'y a pas, à proprement parler, de tuberculose localisée; les tuberculoses locales s'accompagnent de généralisation; le chirurgien peut intervenir contre les manifestations locales, mais doit instituer un traitement général contre l'affection tuberculeuse.

M. Arloing a mis en lumière toutes les conditions nécessaires pour bien conduire l'expérimentation, pour étudier la marche de la tuberculose depuis son origine jusqu'à sa généralisation; le cobaye est l'animal réactif par excellence des inoculations tuberculeuses, et, chez lui, la marche de la tuberculose dépend beaucoup de l'origine et de la qualité du virus. Cette inoculabilité parfaite du cobaye a été aussi constatée par MM. Nocard, Leloir, Verneuil. MM. Solles et Valude ont signalé, en outre, comme durée de la généralisation, depuis l'inoculation jusqu'à l'apparition des lésions viscérales, un intervalle de deux mois.

M. Arloing a encore signalé comme condition nécessaire à la localisation des bacilles dans l'économie, un état particulier d'infiltration des tissus, sorte de lieu de moindre résistance déterminé par l'action des produits solubles phlogogènes des bacilles sur les tissus.

MM. Butel, Trasbot, Cadéac et Mallet ont démontré aussi que le tube

digestif jouait le principal rôle dans la propagation du virus tuberculeux et le premier rang parmi les voies d'introduction de la tuberculose. M. Butel a insisté particulièrement sur ce point, en montrant que le virus tuberculeux pouvait pénétrer dans l'organisme par le tube digestif sans laisser de trace dans ce dernier avant d'aller se localiser dans le poumon, et il en a conclu à demander encore, en s'appuyant sur ces faits, à la saisie radicale des viandes tuberculeuses.

Rappelons encore que MM. Landouzy et Legroux, après avoir démontré chez les jeunes enfants la fréquence de l'infection par le lait ingéré, en sont arrivés à réclamer comme moyen prophylactique puissant, de toujours faire bouillir le lait destiné à l'alimentation.

Comme moyens prophylactiques, M. Petresco (de Bucharest) a réclamé la désinfection préalable des crachats à l'aide d'un inhalateur de son invention, très portatif, qui permet aux malades de respirer à travers des solutions d'eucalyptol, de créosote, de térébenthine et d'iodoforme.

MM. Leloir et Jeanselme ont signalé encore des faits curieux d'inoculation : l'un par l'application d'un cataplasme de vers de terre recueillis dans un endroit où avait été enterré un poulain tuberculeux; l'autre par le pus provenant de trajets fistuleux et produisant l'inoculation secondaire de la peau au niveau de l'orifice d'un trajet. (*A suivre.*)

Pansements au papier.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 avril 1888

Par le docteur Bedoin, membre correspondant.

Justement discrédité depuis l'adoption des doctrines microbiennes, le linge à pansement proprement dit (compresses, charpie, bandes de toile ou de coton) est tombé depuis quelques années dans un abandon croissant, et la généralité des chirurgiens est aujourd'hui d'accord pour lui substituer des matériaux moins volumineux, moins lourds, relativement moins chers et moins accessibles aux divers germes septiques, tels que la gaze, le coton, l'étoupe purifiée, etc.

Dans cet ordre d'idée j'ai proposé, il y a trois ans, l'emploi d'un excipient nouveau, le *papier non collé* (papier à filtrer, papier à cigarettes, papier mousseline). Les produits que j'ai présentés, en 1886, à la Société de thérapeutique (1) constituent toute une série de pansements extemporanés, antiseptiques et autres, dont le mode de préparation est extrêmement simple.

Comme pansements antiseptiques, les différents genres de papier proposés (papiers à l'iodoforme, au sublimé (2), à l'acide phénique, à l'acide

(1) Séance du 10 février.

(2) Par une coïncidence au moins étrange, une journal allemand de médecine militaire a publié (août 1886) un travail de M. Gœdicke, intitulé : « Le papier sublimé considéré comme objet de pansement. » Contrairement aux assertions de M. Gœdicke, la priorité de ce pansement n'appartient ni à M. le professeur Petersen (de Kiel), ni à lui-même qui déclare en faire usage « depuis environ un an », mais bien à moi, comme le constate notamment une note rectificative insérée au *Bulletin général de thérapeutique*, 1887, p. 381, et une autre note insérée aux *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1887, t. X, p. 471.

borique) sont susceptibles d'être employés avec la plus grande facilité, *à titre de succédanés de la gaze*, soit en guise de compresses à un ou plusieurs doubles sous forme de feuilles pleines, scarifiées ou fenêtrées à l'emporte pièce, soit sous forme de bandelettes pour pansements imbriqués ou autres, soit enfin en rognures très fines sous forme de charpie.

Employé de la sorte, le papier hydrophile présente sur la gaze, par exemple, l'avantage d'être beaucoup moins coûteux et beaucoup plus facile à fabriquer à l'aide des ressources ordinaires et des procédés usuels de la pharmacie courante. Son application, qui se prête d'ailleurs à toutes les précautions antiseptiques de la méthode de Lister, peut se faire soit à sec, soit à l'état humide. Dans ce dernier cas, il suffit d'une immersion extemporanée dans la solution originelle ou même dans de l'eau simple, à défaut de l'humectation automatique inhérente à l'action du pulvérisateur, si l'on a recours au spray.

Dans les pansements ordinaires, le papier non collé offre un excipient très accessible à la plupart des substances médicamenteuses dont on avait coutume de prescrire l'emploi avec les compresses ou la charpie de l'ancien système, sous forme de pommade ou de solutions. C'est ainsi qu'on prépare très aisément d'avance des pansements au papier morphiné, belladoné, cocaïné, iodé, etc.

Les nouveaux pansements que j'ai proposés ont déjà donné des résultats très avantageux dans un grand nombre de circonstances diverses et ont rempli avantageusement les indications les plus variées (affections des yeux, de la peau, plaies diverses, brûlures, vésicatoires, etc.). Sans avoir la prétention de détrôner les pansements de *luxe*, qui sont presque toujours à la portée des établissements hospitaliers richement dotés des grands centres, ils sont appelés à rendre de plus modestes, mais aussi utiles services, tant dans la clientèle que dans les petits hôpitaux, cliniques spéciales, infirmeries, bureaux de bienfaisance, dispensaires, etc., surtout en province et principalement dans la pratique rurale.

Un ouvrage récent (1) reproche au papier-charpie de « se durcir comme du carton dans les parties éloignées de la plaie » et de n'avoir qu'un pouvoir hydrophile assez restreint.

Quant au premier grief, d'ailleurs exagéré, qu'on s'étonne de voir imputer à la seule charpie de papier, il s'agit d'un phénomène d'ordre purement physique, la dessiccation progressive à l'air libre, auquel ne peut se soustraire aucune des substances hydrophiles préalablement mouillées et abandonnées sans enveloppe imperméable, pas plus l'étoupe purifiée que le coton de Tourraine, l'ouate de bois, la charpie. Mais il en est tout autrement lorsque, comme je le recommande très explicitement pour le pansement au papier, et comme le veulent du reste tous les chirurgiens pour les pansements de leur invention ou de leur choix, on les recouvre d'une enveloppe extérieure imperméable, mackintosch de Lister, gutta-percha laminée, taffetas gommé, papier ciré ou parcheminé.

Pour le second reproche, il n'est guère plus fondé : il résulte d'expériences comparatives d'une précision très suffisante, sans avoir la minutie des procédés inutilement compliqués préconisés dans l'ouvrage en question, que la charpie de papier est douée d'un pouvoir hydrophile supérieur d'un tiers à celui de la charpie de fil, par exemple (2). D'ailleurs l'obser-

(1) P. Chavasse : *Nouveaux éléments de petite chirurgie.*
(2) *Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*, 1886, p. 35.

vation clinique est ici d'accord avec l'expérience, et l'application correcte du pansement au papier n'a donné lieu à aucune autre objection analogue à celles dont il vient d'être question.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par E. Duval, préface par M. le professeur Peter. — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Le livre de M. Duval tient les promesses de son titre, il est pratique et clinique, du moins, dans sa plus grande partie. Il étudie d'abord l'historique de l'hydrothérapie et les modes d'administration de l'eau sans craindre, parfois, de revendiquer ardemment pour chacun ce qu'il pense lui être dû. Des questions qu'il appelle annexes du traitement hydrothérapique ont fourni à l'auteur l'occasion d'écrire des chapitres intéressants sur l'état dans lequel doivent se trouver les sujets soumis aux applications hydrothérapiques, sur les conditions atmosphériques les plus favorables au traitement, sur ses contre-indications, etc.

La seconde partie, impossible à analyser, est consacrée à l'exposé des faits cliniques que M. Duval a rangés par ordre alphabétique. De très nombreuses observations viennent à l'appui des dires de l'auteur et ne peuvent qu'encourager les praticiens à profiter de son expérience. — P. C.

Des hypertrophies amygdaliennes, par le docteur Chauveau. — Paris, Davy, 1888.

Voici les principales conclusions de ce travail : les hypertrophies amygdaliennes peuvent être ramenées à deux types : le type adénoïde et le type scléreux.

La forme adénoïde est une lésion de développement et est le plus souvent associée à des tumeurs de même nature du pharynx et du naso-pharynx, de la luette, etc.

Les caractères sont : la mollesse, la teinte rosée. Histologiquement il y a hypertrophie des follicules clos et de toutes les formations réticulées de l'amygdale. La plupart des signes fonctionnels qui lui sont attribués dépendent des tumeurs adénoïdes du pharynx concomitantes.

Le type scléreux est secondaire et peut se montrer à la suite de toutes les irritations superficielles de l'amygdale. C'est une sclérose péri-vasculaire avec prédominance de l'élément fibreux et atrophie plus ou moins marquée du tissu adénoïde et des papilles.

Le meilleur procédé opératoire est la cautérisation qui détermine une sclérose totale avec rétraction qui étouffe l'élément adénoïde. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Le tannin dans le traitement des maladies de nature tuberculeuse. — Dans la cinquième session de la *Societa italiana di chirurgia*, qui s'est tenue dernièrement à Naples, le professeur Andrea Ceccherelli, de Parme, a insisté sur la valeur du tannin dans le traitement des affections locales d'origine tuberculeuse. D'après les expériences qu'il a faites sur les animaux et d'après ses observations cliniques, il admet que le tannin possède un pouvoir antiseptique énergique uni à la faculté spécifique de détruire le virus tuberculeux. Il a constaté que l'addition du tannin prévient la putréfaction des tissus et des liquides animaux, et que la décomposition est considérablement retardée dans le cadavre des animaux que l'on a soumis, pendant la vie, à l'administration interne du tannin. Il a constaté aussi que, tandis qu'il pouvait produire la tuberculose chez certains animaux par l'injection des crachats phthsiques ou des bacilles tuberculeux, les mêmes injections ne produisaient aucun effet semblable lorsqu'il injectait le tannin simultanément ou lorsqu'il le faisait prendre à l'intérieur quotidiennement pendant un certain temps. Il a traité avec d'excellents résultats, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur,

vingt malades qui souffraient d'affections de nature tuberculeuse, aussi considère-t-il le tannin comme un remède excellent dans les maladies tuberculeuses des os et des jointures. Sous l'influence de cet agent médicamenteux, les ulcèrrs se cicatrisent avec rapidité, les productions tuberculeuses qui existaient déjà sont détruites, et la généralisation de la maladie est empêchée. Pour le professeur Ceccherelli le tannin est de beaucoup supérieur à l'iodoforme dans le traitement de la maladie tuberculeuse, outre qu'il a sur lui une autre avantage, celui d'être d'une innocuité parfaite. (*The therapeutic Gazette*, 15 juin 1888.) — R.

L'agaricine contre les sueurs nocturnes. — Le docteur Radcliffe, dans le numéro du 15 juin du journal américain *The therapeutic Gazette*, publie des faits dans lesquels on voit l'agaricine combattre efficacement les sueurs nocturnes des phthisiques. Voici un de ces faits : La malade avait vu, à la suite d'une maladie de la hanche, se développer chez elle une affection pulmonaire. Elle était très amaigrie ; Pouls 110 à 120 ; température 101° à 103° Farenheit. Dans les deux sommets on percevait des râles et une respiration tubaire. Une cavité se formait dans le lobe supérieur du poumon gauche ; il y avait des bacilles dans les crachats. Les parents de la malade lui avaient fait boire une infusion de sauge, qui avait suspendu les sueurs pendant quelque temps ; mais celles-ci étaient devenues profuses toutes les nuits, et se montraient, mais moins abondantes, pendant le jour. Le docteur Radcliffe, ayant des raisons pour ne pas administrer la belladone, prescrivit les pilules suivantes : agaricine, 12 grammes ; poudre de Dover, 1 gramme ; poudre de gomme adragant, q. s., pour 135 pilules, dont on fit prendre une le soir au moment du coucher. Il avait recommandé à la malade de suspendre parfois la médication pendant une ou deux nuits. La première nuit où la pilule n'était pas prise, il y avait à peine un peu de sueur ; mais la nuit suivante, la sueur tendait à se reproduire. Il semblait que l'effet produit par la pilule ne durait que deux nuits. Lorsque la pilule était prise d'une manière continue chaque soir, il n'y avait ni transpiration, ni effet laxatif ; elle ne donnait aucune autre manifestation que son action antidiaphorétique. Au bout de trois mois, le 1er avril, la malade ayant fait une promenade en voiture-de-malade, les sueurs revinrent la nuit suivante. A ce moment, la dose de l'agaricine fut portée, dans la formule, de 12 à 15 grammes. Depuis, la pilule étant prise régulièrement chaque soir, il n'y a plus eu de sueurs. — Dans le même numéro du journal américain cité, le docteur Pape fait les mêmes éloges de l'agaricine, qu'il conseille d'employer dans les cas où la belladone ou l'atropine échoue, ou n'est pas supportée. Et il ajoute que ce médicament peut être utile non seulement pour combattre les sueurs des phthisiques, mais aussi contre les sueurs dues à d'autres causes, comme la débilitation qui suit l'usage de l'antipyrine, de l'antifébrine, ou des autres agents antipyrétiques. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 août. — Présidence de M. Janssen.

Tétanos expérimental. — M. Ranvier lit au nom de M. Rietsch la note suivante :

« En prenant pour point de départ la poussière de foin, j'ai pu donner à un âne le tétanos typique des Equidés.

Cette poussière a été inoculée sous la peau à quatre cobayes qui moururent de tétanos les quatrième et cinquième jours. Les symptômes observés ont été les suivants : contracture et extension du membre postérieur du côté de l'inoculation ; la contracture gagne ensuite le membre antérieur correspondant, l'autre membre postérieur, et en même temps la musculature dorsale. Opisthotonos. Trismus plus ou moins prononcé. La marche a d'abord encore lieu assez aisément avec les trois pattes non atteintes ; puis elle devient de plus en plus difficile et l'animal renversé sur le flanc ou sur le dos est incapable de se relever. On peut à ce moment déterminer des mouvements convulsifs,

soit par un léger attouchement, soit en frappant sur la table où est placé le cobaye. La mort est précédée de convulsions.

Au point d'inoculation, on trouve chez les quatre sujets un peu de pus qui sert à inoculer deux autres cobayes. Ceux-ci meurent, après trente heures, avec les mêmes symptômes. Le pus de l'un de ces derniers a servi à faire de nouvelles inoculations et des ensemencements en gélatine et en sérum.

Pour cette troisième inoculation, faite sur deux cobayes, je n'ai employé intentionnellement que des quantités extrêmement faibles de pus. L'un deux n'a rien manifesté du tout. L'autre n'a montré que le quatrième jour des symptômes tétaniques bien marqués qui, après quelques jours, ont diminué d'intensité : l'animal a fini par guérir.

Les cultures en sérum solide ou liquide, maintenues vers 35°, montrent, après quelques jours, un mélange de microbes, parmi lesquels le mince bacille droit prédomine. — Les cultures ont été exposées cinq minutes à la température de 100°, puis replacées à l'étuve à 35° ; le sérum, coagulé par la chaleur, a éprouvé, après quarante-huit heures, un commencement de liquéfaction et les préparations faites à ce moment n'ont guère montré que de gros bacilles courts ; le bacille tétanique, à spores terminales renflées, était très rare. Cinq jours plus tard, au contraire, c'est-à-dire après sept jours d'incubation, ce même bacille était extrêmement abondant dans quatre tubes de sérum sur cinq ; le sérum alors était en partie liquéfié.

La partie liquide d'un de ces quatre tubes a été alors délayée dans 5 à 6 volumes d'eau ; 2 c.c. du mélange sont injectés sous la peau, à la cuisse droite postérieure, à un âne âgé d'une dizaine d'années.

Vers le cinquième jour l'appétit semble diminuer, mais pendant deux semaines on ne remarque aucun autre symptôme. Le quinzième jour l'animal a cessé brusquement de manger : les jambes postérieures, surtout celle du côté de l'inoculation, montrent une certaine raideur qui augmente les jours suivants. On constate en même du trismus bien net. Contracture générale très prononcée de tous les muscles de la colonne vertébrale. A la face, symptômes tétaniques bien accentués. A la moindre excitation, toutes les contractures s'accentuent encore davantage. La respiration est saccadée, et surtout abdominale. Opisthotonos de plus en plus marqué. La contracture se propage les jours suivants de la tête aux muscles des parties supérieures du tronc, et la respiration devient exclusivement abdominale. Mort le vingt-deuxième jour après l'inoculation.

Je fis à l'aide des différentes parties de l'âne les expériences suivantes :

1° Deux lapins inoculés avec 5 c.c. de sang et avec le nerf sciatique sont restés bien portants ;

2° Deux lapins inoculés avec le foie, avec le cerveau, sont morts de septicémie le onzième jour sans symptômes tétaniques ;

3° Quatre lapins inoculés avec le pus et avec le tissu bordant l'abcès sont pris de tétanos après trente-six heures ; les deux premiers meurent le cinquième jour, les deux autres les sixième et septième jours.

Le tétanos expérimental des Equidés ne semble donc différer en rien du tétanos spontané. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique à propos d'un nouveau mode de vaccination ;

2° Le compte rendu des épidémies dans le département de la Loire en 1887 ;

3° Un travail de M. le docteur Driart (de Moret) sur l'influence de l'alimentation sur la mortalité des enfants en bas âge ;

4° Une note de M. Laborde à propos de la prétendue action des médicaments à distance. Il est aujourd'hui démontré que toute substance toxique ou médicamenteuse ne produit son action qu'à la condition d'être mise en contact avec les éléments orga-

niques. Cela suffit *a priori* pour qu'on ne doive ajouter aucune foi aux assertions de M. Luys.

— M. Dujardin-Beaumetz présente un travail de M. Dubrandy, médecin de l'hôpital d'Hyères. C'est une étude sur l'empoisonnement chronique par l'arsenic faite à propos des vins falsifiés. La conclusion en est que l'arsenicisme cause une myélite chronique.

M. Devillers lit un rapport sur une proposition du docteur Haro tendant à faire ajouter aux livrets de famille des conseils ayant trait à l'hygiène de la première enfance ainsi qu'à celle des femmes enceintes et en couches. Cette idée n'est pas nouvelle et bon nombre de municipalités l'ont déjà adoptée. La Commission conclut qu'il faut éviter que les mairies, sous couleur de conseils, ne distribuent des prospectus de biberons, de pèse-bébés, etc.; il serait utile d'ajouter aux dispositions légales contenues dans le livret quelques renseignements sur les lois de protection de l'enfance et sur l'hygiène de la première enfance. Il faut, en effet, combattre le plus possible la mortalité effroyable qui sévit sur cette partie de la population. Quant aux conseils sur l'hygiène des femmes enceintes ou en couches, ils sont trop variables suivant les conditions sociales pour être l'objet de prescriptions uniformes.

— M. Dujardin-Beaumetz est chargé par M. Germain Sée de lire un travail sur les anévrysmes de la crosse aortique. M. Sée a reconnu que les porteurs d'anévrysmes aortiques deviennent facilement des phthisiques, ce qu'il est facile de mettre hors de doute depuis la découverte du bacille de la tuberculose. Ce n'est pas là une simple coïncidence. On croyait autrefois la composition du sang des cardiaques en complet antagonisme avec la scrofule et la tuberculose. Mais il n'en est rien; tout au contraire, l'anévrysme aortique est un agent de développement des tubercules. Il y a en effet stase sanguine dans le poumon, ce qui ralentit l'oxydation du sang; cela favorise le développement bacillaire, de la même façon que la stase de l'air dans le sommet du poumon où l'air résiduel séjourne davantage.

Nous avons toutes sortes de raisons pour proscrire les opérations que l'on pratique sur les tumeurs anévrysmales, ainsi que les révulsions locales énergiques qui sont en désaccord avec les théories médicales actuelles. Il ne faut plus ni filipuncture, ni électropuncture. Il ne reste plus à employer que la médication iodurée avec l'antipyrine comme adjuvant.

On peut apprécier l'effet des médications par leur influence sur les symptômes de compression. Leur disparition est le meilleur moyen de contrôle qu'ait le médecin, et ce résultat satisfait complètement les malades. Si l'on ne peut guère espérer une guérison complète de l'anévrysme, on peut obtenir un arrêt indéfini dans sa marche. M. Sée a observé de nombreux cas d'amélioration et de guérison apparente par l'ioduration.

Le mode d'action de l'iode et des iodures est encore mal connu. On a prétendu à tort que ces substances étaient des dissolvants du sang, ce qui évidemment serait contraire au but poursuivi dans le cas particulier. En réalité les iodures, au moins à dose non toxique, ne sont ni des coagulants ni des dissolvants. Sauf à quelques personnes à qui ils ôtent l'appétit, ils peuvent être prescrits longtemps sans amener ni troubles digestifs ni diarrhée; ils laissent intacts le rythme du cœur et les fonctions cérébro-spinales.

M. Sée, en 1878, a mis en relief l'action anti-dyspnéique de l'iodure de potassium qui produit une hypersécrétion bronchique; en hyperhémiant le centre respiratoire, il active la circulation et s'oppose aux stases pulmonaires; enfin, par l'action oxydante et dénutritive de l'iode, il modifie la nutrition générale et locale, ainsi qu'on l'observe aisément sur les glandes normales ou pathologiquement hyperplasiées. Il ne guérit pas les artères malades, c'est-à-dire qu'il ne répare pas la paroi artérielle athéromateuse.

M. Sée prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes à prendre en trois fois aux repas dans du sirop, de la bière, du cidre, etc. Malheureusement parfois toutes les précautions pour le faire tolérer échouent devant l'iodisme gastrique.

On a voulu substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium : 1° sous le prétexte que les sels de potasse sont des poisons musculaires; c'est inexact, et, à doses

fortes, les sels de soude ne sont pas inoffensifs comme on l'a dit ; — 2° parce que les sels de potasse sont un poison du cœur; cela est vrai quand on les introduit par la voie veineuse; ils peuvent alors déterminer des accidents à la dose de 1 gr. 50; mais, par la voie digestive, il n'en est plus de même et on a pu ingérer 15 grammes d'iodure de potassium sans inconvénient; — 3° à cause des accidents d'iodisme; ceux-ci se produisent aussi facilement avec l'iodure de sodium, qui a l'inconvénient de nécessiter une plus grande quantité du médicament pour produire un même degré d'ioduration.

La morphine doit être bannie de la thérapeutique des anévrysmes. C'est à l'antipyrine seule qu'on doit avoir recours contre les douleurs d'angine de poitrine et contre l'angoisse. La phénacétine, encore peu étudiée, a donné lieu une fois à des accidents, tandis que l'antipyrine est un sédatif du cœur qu'elle ne trouble jamais dans son fonctionnement.

M. Dujardin-Beaumetz, en son nom propre, fait remarquer que l'antipyrine, même à dose faible, donne des éruptions. Jamais la phénacétine ne lui a donné d'accidents même à la dose de 3 grammes par kilogr. d'animal. Elle n'est pas monopolisée; tout le monde peut la fabriquer, et elle coûte moitié moins cher que l'antipyrine. Elle n'est pas soluble, il est vrai, et doit être prescrite par cachets de 0,50 centigr. (de 3 à 6 par jour).

— M. Petresco (de Bucharest) lit le résumé de ses recherches sur l'action antihémorrhagique de la Bryonia alba et sur l'action antiphlogistique de la digitale.

De nombreuses expériences ont mis en relief l'action vaso-constrictive de la Bryonia alba. Au point de vue clinique, des métrorrhagies ont été arrêtées par l'ingestion d'une infusion de 25 à 30 grammes de cette racine dans 300 grammes d'eau. On en extrait divers glucosides dont l'un, la bréine (du nom populaire en Roumanie de la plante : bréi), a les mêmes effets que la racine. L'extrait aqueux ou alcoolique peut être employé à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes. La Bryonia alba mérite d'être mise en tête des médicaments antihémorrhagiques.

Les pneumonies sont très fréquentes en Roumanie, surtout dans l'armée et sous l'influence des basses températures (—23° Réaumur). Ce sont des pneumonies franches. L'auteur en a pu rassembler en quelques années 577 observations qu'il a traitées avec succès avec l'infusion de 4 à 8, et même à 12 grammes de feuilles de digitale. Chez les enfants de 8 à 12 ans, il emploie 1 à 2 grammes seulement. L'action, à pareille dose, en est miraculeuse et les pneumonies sont jugulées en trois jours. La température tombe de 40° à 36°, et même 35° 1/2; le pouls, de 130, passe à 36, 28 et même, une fois, 24. La guérison est si complète au bout de vingt-quatre heures que les soldats peuvent reprendre leur service sans avoir besoin de congé de convalescence. Cette méthode est employée depuis 1883, et elle n'a donné lieu à aucun accident.

Dans les pneumonies compliquées (bronchite, endocardite), les effets sont moins frappants, et il vaut mieux employer la caféine et le Convallaria maïalis à la dose de 2 grammes.

On ne peut incriminer la qualité de la digitale, car l'auteur s'est servi de diverses digitales du pays, d'Allemagne et de France, dont la teneur en digitaline variait de 4 à 8.

— M. Ollivier lit un travail sur la rougeole dans les milieux fréquentés par les très jeunes enfants (salles d'asile, crèches, e.c.). Ces enfants contractent en grand nombre la rougeole, ce qui est très regrettable, lors même qu'on pense que personne n'y peut échapper. En effet, si l'affection est rarement mortelle au-dessus de 5 ans, il en est tout autrement au-dessous de cet âge. La maladie s'accroît chaque année comme nombre, ce qui se répartit sur tous les âges, et aussi comme mortalité, ce qui se produit surtout aux dépens des jeunes enfants. Depuis quelque temps, on a multiplié les salles d'asile et les crèches, œuvre philanthropique utile, mais qui demande de la surveillance, car elle crée de nouveaux foyers de contagion.

On a le tort de n'éloigner les enfants qu'à partir de l'éruption, seule regardée comme contagieuse autrefois. On sait aujourd'hui que la maladie peut se communiquer dès la

période d'invasion. Celle-ci dure quatre ou cinq jours, et ses symptômes sont tels qu'on peut la reconnaître ou tout au moins la soupçonner. En éloignant les enfants dès le premier jour, on réduira des trois quarts les chances de contagion. En cas de doute, il n'y a aucun inconvénient à isoler pendant quelques jours un enfant atteint d'une simple affection catarrhale. Les mesures prophylactiques peuvent donc enrayer la progression croissante de la mortalité due à la rougeole.

FORMULAIRE

Solution contre la stomatite. — Hirtz.

Salicylate de soude	20 grammes.
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie pour badigeonner la muqueuse buccale et pharyngée, cinq ou six fois par jour, dans le cas de stomatite aphteuse confluente bénigne. — Administrer à l'intérieur de légers laxatifs. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 10 août 1888, M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous applaudissons de tout cœur à cette distinction si méritée. M. le docteur Petit est pour nous un ami de la première heure, un collaborateur dévoué. Nous sommes heureux du succès du meilleur des camarades ; nous nous réjouissons de voir cette marque officielle s'ajouter à l'estime que lui ont depuis longtemps conciliée son travail infatigable, sa plume érudite et consciencieuse.

— Le Conseil d'arrondissement de Sceaux a émis le vœu suivant :

Le Conseil, 1° Considérant que les instituteurs de la banlieue sont, en cas de maladie, obligés de faire constater leur état par un médecin habitant Paris ;

2° Considérant que, par suite, ce médecin ne peut répondre rapidement à toutes les demandes qui lui sont adressées, et qu'il en résulte dans la pratique de nombreux inconvénients ;

3° Considérant qu'il est fort difficile à ce médecin habitant Paris de se transporter dans les communes les plus éloignées ;

4° Considérant qu'en fait, ce sont généralement des médecins-inspecteurs qui font les constatations médicales, et ce, sans réclamer de rétributions spéciales, et que les fonctions des médecins titulaires sont des sinécures ;

Considérant que l'administration, en faisant valoir les charges que le budget départemental aurait à subir de la mesure réclamée, paraît être dans l'erreur, car le service, que ne font pas les médecins du personnel, pourrait être fait gratuitement par les médecins-inspecteurs.

Renouvelle le vœu :

Que dans chaque circonscription les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés des constatations médicales intéressant le personnel,

Et que la sinécure des médecins titulaires soit supprimée.

Récompenses académiques. — La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse vient d'accorder le prix de Mme veuve Gaussail à M. le docteur Fiessinger, d'Oyonnax (Ain).

La même Société propose pour sujet de prix les deux questions suivantes :

1° Pour le prix annuel de la Société : « Contagiosité et traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire. »

2° Pour le prix de Mme veuve Gaussail : « Apprécier l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections médicales de la poitrine et de l'abdomen. »

NOURRICE CONTAGIONNÉE PAR UN NOURRISSON ; RESPONSABILITÉ DES PARENTS. — La 9e chambre correctionnelle de Paris vient de rendre un jugement aux termes duquel les époux X..., dont l'enfant, atteint par hérédité d'une maladie contagieuse d'un caractère spécial (syphilis), a communiqué cette maladie à sa nourrice, sont condamnés chacun à 100 fr. d'amende et solidairement à 2,000 francs de dommages-intérêts.

Il a été établi qu'ils n'ignoraient pas l'etat de leur enfant.

Dans ces conditions, le tribunal a assimilé ce fait aux coups et blessures par imprudence.

Le jugement dit en effet qu' « en droit les articles 319 et 320 du code pénal, en visant les coups et blessures, ont entendu prévoir et punir les faits qui, par une analogie parfaite avec les coups et blessures, ont atteint matériellement les personnes et ont, par cette atteinte, troublé gravement leur santé et mis leur vie en danger ».

Il est à noter que la même chambre du tribunal, en mars 1884, avait, dans une espèce analogue, jugé le contraire, en décidant que « la communication involontaire à un tiers, même par imprudence ou négligence, d'une maladie contagieuse ou d'un virus organique occasionnant la mort, n'était réprimée par aucune loi pénale, les mots : homicide, blessures et coups, insérés aux articles 319 et 320 du code pénal impliquant nécessairement l'idée d'une *action violente* sur le corps humain ».

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE A TOULOUSE ET A MARSEILLE. — M. Dujardin-Beaumetz a visité Toulouse au point de vue de la création d'une école de santé dans cette ville.

La *Gazette des hôpitaux* de cette ville, après avoir exprimé la crainte que ce soit la ville de Lyon ou celle de Bordeaux qui soient choisies, ajoute :

Cependant certaines considérations sont de nature à ne pas nous enlever tout espoir. C'est ainsi, par exemple, que M. Dujardin-Beaumetz aurait apprécié les deux points suivants : l'existence d'un local tout prêt que l'on ne nomme pas pour nous ne savons quelle raison, et qui est un des anciens hôtels historiques de Toulouse, et d'autre part le bon marché de la vie à Toulouse. Toulouse est encore une des plus grandes villes de France où la vie est la moins chère.

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal a émis un vœu exposant à MM. les Ministres de l'instruction publique, de la marine et de la guerre, que la municipalité de Marseille est prête à tous les sacrifices pour créer une Faculté et l'Ecole de santé militaire.

Parmi les raisons invoquées en faveur de ce vœu, le Conseil fait valoir que l'Etat ne saurait méconnaître, d'une part, qu'en dehors des avantages budgétaires et administratifs que présenterait la réunion, auprès de la même Faculté, des Ecoles de santé militaire (armée et marine), c'est un réel danger que de laisser une ville de 400,000 âmes sans de larges et vastes institutions de haut enseignement qui ne sont et ne peuvent être que des foyers de lumière et de moralisation, et, d'autre part, qu'il voudra bien se rappeler qu'il « n'y a pas, dans tout l'univers civilisé, une ville de l'importance de Marseille qui ne soit dotée d'une Université. » Cette situation déplorable, conséquence de l'excès de la centralisation, peut et doit être modifiée.

« L'édification d'une Faculté de médecine ayant pour annexes les Ecoles de la marine et de la guerre, sera la pierre d'attente de cette future Université méditerranéenne, que Marseille-scientifique réclame depuis plus de vingt ans. »

(*Bulletin médical.*)

MARSEILLE. — L'administration du bureau de bienfaisance, par une récente décision, vient de réduire d'un tiers le nombre des docteurs attachés au bureau. Ils étaient trente-sept, ils ne seront plus, à l'avenir, que vingt-quatre.

L'administration de ce même bureau a, en outre, décidé qu'à partir du 1er août prochain, le traitement des docteurs, qui était de 500 francs par an, serait réduit à 300 fr.

Enfin, l'administration impose une dernière obligation à chaque docteur, celle de recevoir les malades indigents une fois par semaine dans son cabinet particulier au lieu de les visiter à la pharmacie du bureau.

On est à se demander si la même administration, pour prendre cette mesure excessive vis-à-vis d'un service pénible et dont le dévouement a toujours été si parfaitement apprécié dans notre ville, a trouvé le moyen de diminuer le nombre des malades indigents et par conséquent le travail des docteurs qui veulent bien faire ce service ?

Mais il n'en est rien, au contraire, la situation peut se résumer ainsi : *Augmentation considérable du travail, diminution notable des honoraires, les deux cinquièmes !*

Cette façon d'exploiter le corps médical se passe de tous commentaires.

(*Marseille-Médical.*)

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés à la Faculté de médecine, pour l'année 1888-1889 :

Laboratoire de chimie, MM. Thorion, chef des travaux chimiques; Fistié, préparateur de chimie; Voirin, préparateur des travaux pratiques de chimie.

Laboratoire de physique, M. Bagnéris, agrégé, chef des travaux de physique.

Laboratoire d'hygiène, M. le docteur Vallois, chef des travaux.

M. Protois est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy en remplacement de M. Rémond, démissionnaire.

MM. Crepet et Frœlich sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Janot et Sturel, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Louis Robert est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Arbois.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé chevalier de la couronne d'Italie.

— MM. les docteurs Chertier et Janot sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Nogent-sur-Seine.

— Conformément à l'avis du Comité consultatif des épizooties, sur l'utilité et l'urgence des mesures à prendre en ce qui concerne ces maladies, le ministre de l'agriculture a pris, en date du 28 juillet, un arrêté par lequel *le charbon* (*sang de rate, fièvre charbonneuse) et charbon symptomatique, la tuberculose, le rouget et pneumo-entérite infectieuse,* sont ajoutés à la nomenclature des maladies contagieuses, conformément à l'article 2 de la loi sur la police sanitaire des animaux.

— La Société d'hygiène publique de Bordeaux décernera, en 1889, un prix de 500 fr. au meilleur travail qui lui sera présenté sur un sujet d'hygiène déterminé. Elle a décidé aussi de décerner, chaque année, une médaille d'argent et une médaille de bronze, aux deux meilleures thèses présentées devant la Faculté de médecine de Bordeaux sur un sujet d'hygiène.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de le docteur Louis-Eugène Monginot, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, décédé à Lunéville, à l'âge de soixante-trois ans.

Postes médicaux. — La commune de Roybon (Isère), chef-lieu de canton, demande de suite un médecin. Allocation faite par la commune : 1,900 fr. par an, à laquelle il y a lieu d'ajouter une partie du service de la médecine cantonale et de l'inspection des enfants du premier âge. On peut tenir pharmacie. — S'adresser au Maire.

— On demande un médecin à Chambon, près de Saint-Etienne. Population : 10,000 habitants. — S'adresser pour les renseignements au Maire de la Commune.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhagie aiguë.

NATURE, MARCHE, LOCALISATIONS.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'une maladie qui, malgré son existence ancienne, malgré sa fréquence et les nombreux travaux dont elle n'a cessé d'être l'occasion, présente encore bien des inconnues; je veux parler de la blennorrhagie. Mon objectif, en étudiant cette maladie, est surtout de passer en revue avec vous quelques traitements préconisés dans ces dernières années; aussi ne m'attarderai-je pas dans une description détaillée de ce qu'ont pu écrire sur ce sujet tous nos devanciers; je me contenterai de vous rappeler les points les plus importants de son histoire, de vous exposer un certain nombre de faits mis en lumière par les travaux de ces dernières années dont la connaissance vous permettra de mieux apprécier la valeur des progrès thérapeutiques auxquels ils ont conduit.

Ne me demandez pas, Messieurs, de vous définir ce qu'est la maladie que nous allons étudier, de vous en déterminer exactement la nature et les limites; vous m'obligeriez, dès le commencement de cette leçon, à un aveu d'impuissance qui serait peu glorieux et nullement encourageant pour un début. Ce n'est pas que les médecins ne se soient toujours préoccupés de déterminer la place qu'il convient d'attribuer en nosologie à la blennorrhagie; mais c'est un point encore incertain et discuté même après les travaux remarquables publiés dans ces dernières années.

Ricord ne voyait dans la blennorrhagie que le résultat d'une inflammation simple de l'urèthre et sa conviction s'exprimait tout entière dans sa fameuse recette pour attraper la chaudepisse : « Voulez-vous attraper la chaudepisse? en voici les moyens : prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, aussi fortement leucorrhéique que vous pourrez la rencontrer; dînez de compagnie, débutez par des huîtres et continuez par des asperges; buvez sec et beaucoup; vins blancs, café, liqueurs, champagne, tout cela est bon; dansez à la suite de votre repas et faites danser votre compagne; échauffez-vous bien et ingérez force bière dans la soirée; la nuit venue, conduisez-vous vaillamment; deux ou trois rapports ne sont pas de trop, et

mieux vaut davantage; au réveil, n'oubliez pas de prendre un bain chaud et prolongé; ne négligez pas non plus de faire une injection; ce programme rempli consciencieusement, si vous n'avez pas la chaudepisse, c'est qu'un dieu vous protège. » Pour l'éminent syphiliographe, la virulence n'est point nécessaire, l'excitation seule suffit à la naissance de la blennorrhagie.

En 1866, le professeur Fournier, dans l'article blennorrhagie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, après avoir examiné et discuté les différents arguments invoqués à cette époque en faveur de l'origine virulente de la blennorrhagie, arrive à cette conclusion que rien ne légitime l'existence d'un virus blennorrhagique. D'une part, ce virus n'est nullement démontré; d'autre part, il ne paraît pas nécessaire d'en invoquer l'existence pour expliquer les différents phénomènes de la maladie.

Plus récemment, en 1883, mon collègue, M. Mauriac, dans son *Traité des maladies vénériennes*, défend encore la cause de l'inflammation simple dans la pathogénie de la blennorrhagie. « Quand il s'agit de la blennorrhagie, écrit-il, pourriez-vous affirmer, à coup sûr et avec la ferme conviction de ne vous tromper dans aucun cas, qu'elle prend fatalement naissance d'une autre blennorrhagie... Il y aurait sur la muqueuse deux ordres d'inflammation, des inflammations communes et non virulentes, des inflammations spécifiques virulentes et contagieuses. Toutes deux présenteraient souvent les mêmes symptômes, la même durée, la même terminaison et exigeraient le même traitement. » Mon savant collègue de l'hôpital du Midi est donc éclectique, dualiste; ses observations le conduisent à croire que, dans l'histoire de la blennorrhagie, se trouvent fusionnées des inflammations de nature différente.

Mais alors même que l'origine non virulente de la blennorrhagie comptait des patrons aussi marquants, la doctrine de la virulence ne manquait pas de défenseurs autorisés; Rollet voyait dans le mode de transmission et les allures générales de la maladie une preuve que « le muco-pus de la blennorrhagie n'est pas un simple irritant, il est pourvu d'un principe contagieux qui n'est pas moins défini ni plus insaisissable que celui du chancre simple. »

Diday ne croit pas la recette de Ricord, pour attraper la chaudepisse, infaillible; il s'en faut de beaucoup : pour que cette recette réussisse, il faut choisir ses sujets dans ce milieu social où l'on ne peut jamais garantir le passé vaginal et où le virus blennorrhagique peut toujours sommeiller. A la petite dame de Ricord, il oppose la jeune fiancée, qui, malgré bals et festins, danses, truffes et excitants de tout genre, ne réserve jamais à son mari un lendemain uréthral attristé, quelle que soit l'activité qu'il déploie dans les jours fièvreux d'une union à son aurore. Pourquoi cette différence dans les résultats, pourquoi l'immunité pour celui-ci et le danger pour celui-là, alors que les excès n'ont souvent pas été moindres pour l'un que pour l'autre? En quoi a-t-il dépendu que l'horizontale contagionne, que la fiancée épargne? De quoi? Oh! de rien ou presque rien, « de la seule épaisseur de cette toute petite membrane, garante à la fois de l'orthodoxie de la vie de de la fiancée et de celle de la doctrine virulente. » (Diday, *Leçons sur les maladies vénériennes.*)

Plus heureux que nos devanciers, nous avons vu dans ces dernières années le virus prendre corps; ce n'est plus un ennemi insaisissable appréciable par ses seuls effets; c'est un être animé appréciable dans bien des cas à nos moyens perfectionnés d'investigations microscopiques; la ma-

ladie virulente a une signature : le microbe. Voyons rapidement quels progrès sa recherche a fait faire à nos connaissances sur la nature de la blennorrhagie.

Dès 1844, Donné décrivait, dans le pus blennorrhagique, la présence de parasites animaux et végétaux auxquels il ne parut, du reste, attribuer aucune spécificité.

En 1862, Jousseaume attribue la blennorrhagie au génitalia, algue sur la nature de laquelle nous ne sommes plus aujourd'hui très édifiés.

C'est avec Hallier, en 1872, que commencent les descriptions vraiment scientifiques du parasite de la blennorrhagie. Hallier signale dans le pus de la blennorrhagie la présence d'une grande quantité de coccus, c'est-à-dire de petits corpuscules arrondis, en partie libres, en partie renfermés dans les globules purulents; ces parasites se retrouvent dans le sang des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. Salisbury (1873), le professeur Bouchard (1878) insistent sur l'importance des parasites qu'il est possible de mettre en évidence dans le pus blennorrhagique.

En 1879, Neisser profitant des perfectionnements considérables apportés aux procédés de coloration histologiques, arrive à montrer la constance dans le pus blennorrhagique d'un microbe particulier, le gonococcus. Susceptible de se colorer en bleu par le violet de méthyle ou de dahlia, le gonococcus se présente sous la forme de granulations arrondies ou ovalaires, rarement isolées; presque toujours réunies deux à deux, ces granulations revêtent l'aspect d'un huit de chiffre donnant l'idée d'un diplococcus ; ceux-ci, réunis par groupes de dix à vingt, forment des colonies englobées dans une enveloppe unique hyaline; accolés aux globules de pus, plus rarement aux cellules épithéliales, ils seraient, d'après Neisser, des produits de la décomposition des leucocytes. Le gonococcus se retrouve dans tous les produits de sécrétion d'origine blennorrhagique qui lui doivent leur spécificité, et sa présence est un élément de certitude dans le diagnostic des cas douteux.

La plupart des travaux, entrepris depuis la publication de Neisser pour vérifier l'exactitude de sa découverte, n'ont fait que confirmer, compléter les faits avancés par cet auteur. Le gonococcus, plus nombreux dans la période d'acuité, plus rare dans les formes chroniques, se multiplie ou se raréfie suivant que la maladie se réveille ou s'éteint; il se retrouve dans la blennorrhagie de la femme aussi bien que dans celle de l'homme, dans l'ophthalmie purulente; il est même parfois possible de le déceler jusque dans le sang, dans la synovie articulaire des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique.

Dans l'urèthre, l'action nocive du gonococcus porte d'abord sur les cellules épithéliales et en détermine la chute, ce qui favorise l'issue des globules de pus. (Bouchard, Cornil et Babès.)

Tous les travaux des dernières années concordent donc à donner une place considérable dans l'histoire de la blennorrhagie au gonococcus qui, constant dans les phases aiguës, fréquent dans les formes chroniques, paraît présenter une vitalité, une abondance modelées sur la vitalité même de la maladie; mais peut-on affirmer que l'un soit la cause de l'autre; est-on, dès aujourd'hui, autorisé à définir la blennorrhagie « une maladie virulente, parasitaire, ayant pour origine l'introduction du gonococcus dans l'urèthre? » Est-on en droit d'affirmer que toutes les blennorrhagies aient

cette origine? Ce serait peut-être se trouver dans la vérité; mais ce serait devancer les faits, émettre une proposition non démontrée encore.

Que répondre aux auteurs qui nient au gonococcus toute valeur spécifique et prétendent l'avoir retrouvé dans les ulcérations intestinales, pulmonaires, buccales (Eklund), dans l'uréthrite simple expérimentale (De Amicis) à ceux qui croient qu'il n'est que le micrococcus ureæ (Sternberg), à ceux qui admettent plusieurs formes de blennorrhagie ayant chacune un microbe spécial (Aubert), à ceux qui pensent que le gonococcus n'est pas la cause de la blennorrhagie, mais uniquement un parasite développé secondairement dans le pus de l'écoulement uréthral?

Pour réfuter toutes ces objections, dissiper tous ces doutes, que nous faudrait-il? Isoler en le cultivant le gonococcus, obtenir une culture pure, c'est-à-dire un liquide qui ne renfermât d'autre principe virulent que ce microbe, et par l'instillation de cette culture dans l'urèthre provoquer la production d'une blennorrhagie. C'est ce que nombre d'auteurs ont tenté, mais les résultats auxquels ils sont arrivés ne sont pas encore absolument démonstratifs.

Neisser, Leistikow, Krause, Lœffler, Bouchard, plus récemment Kreise, Burner, Crivelli, n'ont jamais pu parvenir à provoquer la blennorrhagie par l'inoculation de liquides de culture pure; mais à ces résultats négatifs il serait possible d'opposer quelques résultats positifs. Bokai et Filkenstein auraient obtenu trois succès sur des étudiants en médecine; C. Paul a vu survenir, au cinquième jour de l'inoculation de la cinquième culture, une légère uréthrite qui s'éteignit en quelques heures; Bockhardt, chez un paralytique général moribond, a produit une blennorrhagie suivie de cystite et d'abcès multiples du rein; un jeune médecin, qui venait chercher dans notre service les matériaux nécessaires à ses cultures, nous a dit avoir réussi une fois à provoquer une uréthrite légère; mais ce dernier succès ne paraît pas avoir été bien brillant, et dut être une uréthrite bien insignifiante, si j'en juge par le peu de fierté avec lequel son auteur en parlait. En résumé, Messieurs, beaucoup d'insuccès pour quelques résultats positifs, et encore parmi ces derniers ceux qui ont été publiés avec détails ne rappellent que de loin notre blennorrhagie, soit à cause de leur excessive légèreté (cas de Constantin Paul), soit à cause de leurs complications heureusement inconnues dans la blennorrhagie (abcès multiples du rein dans le cas de Bockhardt).

En résumé, malgré les affinités considérables que le gonococcus présente avec la blennorrhagie, malgré les faits qui s'accumulent chaque jour pour rendre l'origine parasitaire de la blennorrhagie de plus en plus probable, nous ne pouvons encore démontrer positivement que l'un soit la cause de l'autre, et nul ne pourrait dire que M. Aubert ne soit dans le vrai quand il admet trois blennorrhagies, une gonococcienne, une bacillaire, la troisième simplement inflammatoire.

Un grand argument encore en faveur de la nature parasitaire de la maladie, c'est son évolution pour ainsi dire cyclique. La blennorrhagie présente, en effet, dans son développement méthodique, des étapes réglées et pour ainsi dire invariables comme en présentent seules les maladies virulentes; les accidents se déroulent régulièrement avec une durée sensiblement la même, avec une résistance aux médications antiphlogistiques ordinaires qui n'appartient guère qu'aux inflammations d'origine parasitaire dont les accidents se modèlent sur la croissance, la prospé-

rité et la mort du principe virulent, bravant nos efforts thérapeutiques jusqu'au jour où, le parasite causal ayant parcouru les différentes phases de son évolution, les accidents qu'il a provoqués peuvent enfin être éteints.

Aussi, Messieurs, pouvons-nous dès aujourd'hui dire : la blennhorrhagie a toutes les allures des maladies d'origine parasitaire; les observations de chaque jour s'accumulent pour rendre de plus en plus probable que le gonococcus est le microbe provocateur de la plupart des blennorrhagies que nous observons; mais il est possible que quelques-unes d'entre elles reconnaissent une autre origine : nous ne saurions, dès aujourd'hui, fixer le nombre, la fréquence de ces dernières et leur assigner des caractères particuliers.

La marche régulière de la blennorrhagie a depuis longtemps permis de lui décrire des périodes successives d'incubation, d'augment, d'état et de déclin.

La période d'incubation est de courte durée, de quatre ou cinq jours habituellement; assez souvent elle ne dépasse pas deux ou trois; il est beaucoup plus rare de la voir se prolonger pendant une semaine : les faits, dans lesquels l'incubation se serait prolongée pendant plusieurs semaines, sont à tel point exceptionnels qu'ils ont pu être mis en doute par les auteurs les plus compétents et que les spécialistes les plus occupés peuvent parcourir une longue carrière sans en observer un cas; je suis pourtant porté à en admettre la possibilité : un jeune homme, que j'ai absolument lieu de croire de bonne foi, est venu me trouver pour une blennorrhagie encore à ses débuts, suintement muqueux et douleurs à la miction urinaire datant de la veille; ces accidents n'étaient apparus que six semaines après que le malade s'était exposé aux dangers de la contagion; il s'agissait en ce cas d'une première blennorrhagie et non d'un réveil d'une blennorrhagie ancienne, et une continence absolue avait été observée entre le jour d'apparition du premier suintement blennorrhagique et l'époque du rapprochement incriminé; six semaines étaient donc un minimum pour l'incubation de la chaudepisse qui parcourut avec une régularité extrême toutes les phases de la blennorrhagie virulente. Mais c'est là, comme je vous le disais tantôt, un exemple d'incubation prolongée tout à fait exceptionnel; je crois cependant devoir en admettre l'authenticité n'ayant trouvé aucune raison de suspecter la bonne foi du malade. Deux à cinq jours, voilà l'espace de temps qui sépare ordinairement l'apparition des premiers accidents du moment où la contamination a eu lieu; toute chaudepisse présentant une durée d'incubation ou plus longue ou plus courte, devra être considérée comme irrégulière et soulèvera des doutes sur sa nature véritablement blennorrhagique.

Une légère variabilité de la période d'incubation n'a rien qui doive surprendre; car cette période ne comprend pas seulement le temps pendant lequel le principe morbide déposé dans l'urèthre germe et se multiplie au point de devenir irritant pour la muqueuse, mais elle comprend aussi le temps pendant lequel les accidents inflammatoires, nés dans un point plus ou moins profond de l'urèthre, se développent et s'accroissent au point de nous devenir perceptibles; or, ce dernier temps doit varier quelque peu avec le point plus ou moins profond sur lequel le virus a été inoculé, avec la résistance différente des différentes muqueuses uréthrales au développement des accidents inflammatoires. Rien d'étonnant donc qu'on observe

une certaine inégalité de durée dans cette période d'incubation, qui mériterait peut-être mieux le titre de période latente, puisqu'elle renferme à la fois la période véritable d'incubation du parasite, période fort courte s'il faut s'en rapporter à ce que nous apprennent les cultures, et la période pendant laquelle les premiers phénomènes inflammatoires échappent à notre observation.

Deux à cinq jours après que le malade s'est exposé à l'infection, quelques picotements légers sont ressentis dans la région de la fosse naviculaire, l émission de l'urine éveille le long du canal une faible sensation de chaleur et bientôt après, quelquefois même d'emblée, la suppuration de l'urèthre fait son apparition.

Une humeur opaline agglutine les lèvres du méat déjà légèrement rouge et tuméfié; la pression exercée sur le canal fait apparaître une gouttelette grisâtre, opaline, filante, et en quelques heures, en une journée, l'écoulement devient abondant, jaune verdâtre, franchement purulent, prenant parfois une teinte légèrement rougeâtre par le mélange d'une petite quantité de sang échappé de la muqueuse congestionnée : le gland est turgescent, les lèvres du méat apparaissent rouges, luisantes, gonflées, renversées au dehors.

Vers le cinquième jour, l'écoulement est verdâtre, phlegmoneux; la miction éveille des douleurs parfois atroces dans les zones génitale et anale, des érections pénibles et répétées troublent le sommeil; l'urèthre, devenu rigide et inextensible, ne suit plus le développement des corps caverneux, d'où cette torsion particulière de la verge connue sous le nom de chaudepisse cordée; la marche accroît les accidents douloureux; le palper exercé sur le trajet du canal, provoque la sensibilité et permet parfois de constater un certain degré d'épaississement des parois, parfois même l'existence de quelques granulations inflammatoires.

Cette période d'état, qui n'atteint heureusement pas dans tous les cas un pareil degré d'intensité puisqu'il est des malades heureux chez qui l'écoulement indolent constitue à lui seul toute la maladie, se prolonge plus ou moins longtemps, mais rarement moins de plusieurs semaines, et fait place à la période de déclin, qui ne se caractérise que par la diminution des accidents que je viens de vous signaler. Pour qu'on puisse considérer le malade comme véritablement entré dans cette dernière période, il faut, d'après Diday, que l'érection soit sans douleur même tandis que la verge est tenue relevée contre le ventre; que l'écoulement, redevenu d'une quantité plus modérée et de couleur crémeuse, file entre les deux doigts à la distance d'un centimètre.

Arrivé à ce degré, la maladie s'éteint peu à peu dans l'espace de quelques semaines et, si une thérapeutique bien dirigée intervient, elle peut disparaître en quelques jours. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, par Alice Sollier. Paris, Delahaye, 1887.

Voici les principales conclusions de ce travail :

L'idiotie prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire dans une proportion considérable (91 p. 100); les anomalies et les

lésions portent presque exclusivement sur la deuxième dentition, dont le retard est très fréquent.

Le nanisme est commun ainsi que le géantisme. L'absence de dents est aussi relativement fréquente, mais les dents supplémentaires extrêmement rares. Les anomalies de direction sont les plus fréquentes de toutes et portent principalement sur les incisives et les canines.

L'articulation est très souvent défectueuse et les arcades présentent aussi souvent des anomalies. Il en existe une, non encore signalée, consistant dans une inégalité de niveau des deux branches homologues et portant le plus souvent sur la mâchoire supérieure.

L'idiotie, même complète, peut n'entraîner aucune lésion. — P. N.

TRAITÉ DE L'EMPYÈME, par L. BOUVERET. — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

On appelle empyème les collections purulentes de la plèvre. L'auteur, après un court exposé de la marche et des troubles causés par l'empyème, étudie les méthodes de traitement qu'on lui a opposées. Après avoir passé rapidement sur les procédés anciens ou peu usités, il donne tous les développements nécessaires à l'étude de la pleurotomie antiseptique dont il décrit minutieusement tous les détails. Le chapitre IV est consacré à l'étude des accidents et des complications qui surviennent pendant le traitement consécutif; on y trouve exposés, avec toute l'étendue désirable, les accidents nerveux. Tout le chapitre VI est réservé à l'étude des causes et des symptômes de la maladie; séparément sont étudiés les empyèmes gangréneux, ceux d'origine abdominale, les pleurésies suppuratives d'emblée, etc. A la suite des pages réservées aux fistules, on trouve l'exposé des procédés de résection costale.

Le médecin doit pouvoir faire lui-même la pleurotomie antiseptique, traitement de choix de l'abcès pleural, aussi ne saurait-on trop féliciter M. Bouveret d'avoir très nettement posé les indications et les contre-indications de l'opération.

Deux cent quinze observations illustrent cet ouvrage qui fait le plus grand honneur à l'école lyonnaise. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la leucorrhée. — Le docteur Mortimer Wilson préconise l'emploi du sulfure de calcium (*calcium sulphide*) dans le traitement de la leucorrhée, contre laquelle il l'a administré avec succès dans plus de cent cas. Quand la maladie est simple, non compliquée d'ulcération, il le prescrit le matin et le soir, ou après les repas, à la dose de 1 à 3 grains anglais (le grain anglais vaut environ 6 centigrammes) ; et aucun traitement local, dit-il, n'est nécessaire. Cette médication n'a jamais manqué de modifier avantageusement la maladie et souvent l'a guérie radicalement (*The therapeutic Gazette*, 15 juin 1888). — R.

Traitement de l'eczéma chronique par la résorcine. — Le docteur Schmitz rapporte deux cas intéressants sur ce sujet dans le n° du 15 juin 1888 du journal américain *The therapeutic Gazette*. Le premier malade cité était un enfant âgé d'environ dix mois. Depuis quatre mois il était en traitement pour un eczéma qui, ayant commencé par une plaque eczémateuse insignifiante sur le cuir chevelu, s'était étendu à presque tout le corps, malgré les médications le plus généralement admises, lorsque le docteur Schmitz entreprit de le traiter par la résorcine. Le petit malade était devenu anémique, il commençait à s'émacier, un prurit intolérable le jour et la nuit lui rendait presque impossible de dormir et de téter, et la mère se rappelait avec anxiété que, plusieurs années auparavant, elle avait perdu un enfant atteint de la même maladie. Le docteur Schmitz prescrivit la combinaison suivante, qui dut être appliquée, au moyen des barbes d'une plume d'oie, deux fois par jour, sur toutes les régions du corps de l'enfant où l'on observait une trace de l'éruption eczémateuse : Résorcine, 15 grammes ; glycérine, 120 grammes. Aucun médicament ne fut administré à l'intérieur. Après quelques applications,

l'enfant devint plus calme, évidemment par suite de la diminution du prurit, et, au bout d'une semaine, les signes d'amélioration étaient manifestes. Toute trace d'éruption disparut dans l'espace d'un mois ; mais l'état général ne fut rétabli qu'après deux mois. — La seconde observation est la reproduction de la première, avec la seule différence que la constitution du petit malade était moins altérée. Les effets de l'emploi de la résorcine furent aussi favorables. — R.

Sur la similitude des symptômes de l'acrodynie et de l'intoxication lente par l'acide arsénieux. (Résumé d'une communication faite à l'Académie de médecine par M. Vidal, d'Hyères.) — M. Vidal prend comme type de description l'observation d'un de ses malades employé au chemin de fer de P.-L.-M. Cet homme, sobre et vivant chez lui, fut pris sans cause connue de phénomènes d'embarras gastrique sans fièvre. Un vomitif procura un soulagement immédiat, mais bientôt apparut de la diarrhée combattue efficacement par le bismuth. De nouveaux symptômes dominèrent alors la scène : il se développa des plaques d'urticaires avec démangeaisons insupportables et, entre elles, des taches rouges prenant l'aspect de plaques de rougeole; en même temps, la fièvre était intense. La bouche, le larynx, les bronches furent envahis par l'éruption et l'exanthème donna lieu à des accès de dyspnée et à des râles muqueux localisés dans les gros tubes; en même temps, il y eut du coryza et un larmoiement persistant. Les urines ne contenaient pas d'albumine. La desquamation se produisit en même temps que continuaient la diarrhée et l'inappétence, et bientôt de nouveaux symptômes conduisirent M. Vidal au diagnostic d'acrodynie.

Les principaux de ces sympômes observés aussi chez deux préposés de l'administration des Douanes furent : l'engourdissement prédominant aux membres inférieurs; des fourmillements et l'altération du tact et du toucher; la perte du tact aux pieds et de l'hyperesthésie cutanée à certains moments; des contractures, spasmes, tremblements surtout dans les membres inférieurs; de la difficulté des mouvements qui rendait la démarche titubante. M. Vidal a noté un cas de glycosurie transitoire. Il insiste aussi sur le gonflement des extrémités des membres, qui étaient plus volumineuses qu'à l'état normal, infiltrées, sans qu'il y eût d'œdème proprement dit. Du côté de la peau, il a relevé l'urticaire, des plaques simulant la rougeole, puis des plaques brunes de la verge, de l'abdomen et du scrotum; une desquamation parfois très abondante a eu lieu et, dans toutes les parties où elle se produisait, la sensibilité tactile était très diminuée.

La constatation de ces symptômes, chez son premier malade, conduisit M. Vidal à rechercher si le vin ne contenait pas la cause du mal, car la nourriture était la même pour tous les membres de la famille, mais le père seul buvait du vin. On trouva de l'arsenic, et une analyse quantitative faite plus tard par M. Sambac montra que la quantité s'élevait à 8 milligr. d'acide arsénieux par litre.

A la suite de ses observations, M. Vidal se demande si bon nombre d'épidémies d'acrodynie, pour ne pas dire toutes, n'ont pas été provoquées par la présence dans les aliments de petites quantités de sels arsénicaux. — P. C.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup par la glace, par le docteur Bleynie (*Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne,* 1888). — L'auteur conseille d'introduire dans la bouche un petit morceau de glace, toutes les dix minutes sans interruption, nuit et jour. L'avaler autant que possible quand il est à peu fondu. Il faut ne ralentir l'administration de la glace qu'après la disparition des fausses membranes qui a lieu habituellement du deuxième au troisième jour. On la donnera toutes les demi-heures le premier jour du ralentissement et toutes les deux heures les jours suivants. Revenir à la glace au moindre retour et alimenter dès le début.

Quand on emploie l'eau glacée, il faut la donner par gorgée toutes les cinq minutes, son action ayant moins de durée que celle de la glace.

L'eau froide à + 8, + 9 sera donnée en gargarismes ou gorgées le plus souvent possible. La glace est, du reste, toujours préférable.

L'amendement des symptômes est rapide. Le croup est prévenu et l'auteur l'a même vu disparaître quand il était déclaré. La guérison peut survenir même quand il y a infection générale, même dans les cas les plus désespérés en apparence. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1888. — Présidence de M. Sirbdey.

Sommaire : *Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum. — Alopécie par folliculite atrophiante. — Phénomènes d'épuisement consécutifs aux accès d'épilepsie.*

M. Letulle cite cinq observations de nature à faire admettre que certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum sont la conséquence d'une maladie infectieuse plus ou moins récente.

Homme de 36 ans ayant une ancienne dilatation de l'estomac, puis un abcès chronique du sinus maxillaire; quatre mois après la guérison de cet abcès apparaissent tous les symptômes d'un ulcère du duodénum : douleurs spéciales au niveau du rebord des fausses côtes droites quatre heures après les repas, garde-robes sanglantes à plusieurs reprises.

Deux observations de M. Brouardel : farcin grave avec suppurations multiples prolongées, suivi, au bout de plusieurs années, d'hémorrhagies gastriques redoutables. — Variole cohérente compliquée d'endartérite aortique, et suivie, quatre ans plus tard, d'hématémèse.

Dysenterie avec poussées successives et abcès sous-cutanés multiples; un ulcère de l'estomac est survenu dans l'intervalle de deux poussées de dysenterie.

Ulcère simple de l'estomac consécutif à une lymphangite suppurée (observation de D. Aigre).

Dans ces cinq cas d'ulcères gastriques ou duodénaux, on relève également l'antériorité d'une maladie infectieuse grave et la curabilité rapide des lésions.

On connaît à peu près la pathogénie de l'ulcère simple aujourd'hui; on sait que la perte de substance est le résultat d'un processus inflammatoire subaigu ou chronique dans lequel le suc gastrique, les aliments en voie de chymification et les microbes déglutis jouent, suivant les cas, un rôle plus ou moins important. Mais la cause première, l'étiologie, est encore bien mal connue. A part la gastrite ulcéreuse alcoolique de Cruveilhier, on ne relève souvent que des coïncidences pathologiques (chlorose ou tuberculose) ou même aucune cause.

Les auteurs ont, il est vrai, signalé parmi les causes des gastropathies ulcéreuses certaines affections des voies respiratoires (tuberculose ou abcès du poumon, pneumonie, pleurésie), de l'appareil digestif (stomatite ulcéreuse, abcès des sinus maxillaires, diphthérie, péritonite, typhus abdominal, fièvre intermittente), et d'autres maladies infectieuses générales (érysipèle, variole, choléra, dysenterie, charbon, puerpérisme, septicémie, gangrène diabétique, syphilis, farcin).

L'anatomie pathologique justifie les rapports entre une maladie microbienne et le processus ulcéreux de la muqueuse. Dans la fièvre typhoïde, Chauffard a montré que les lésions de l'appareil lymphatique sous-muqueux aboutissent à des abcès miliaires s'ouvrant à la surface de la muqueuse et suivis d'ulcérations. Dans d'autres maladies infectieuses, l'ulcération gastrique peut être le résultat d'une embolie capillaire, d'une lymphangite réticulée ou trunculaire, d'artérites oblitérantes, de thromboses sous-muqueuses.

L'expérimentation a donné des résultats à M. Letulle. En inoculant dans le péritoine d'un cobaye une culture de staphylocoque, il a produit une péritonite aiguë qui a donné lieu à des cultures secondaires dans les espaces lymphatiques sous-glandulaires et interglandulaires de la muqueuse gastrique; d'où stase sanguine dans les veines et infarctus hémorrhagique. De là une érosion qui fût devenue une ulcération si l'animal avait vécu plus longtemps.

Certaines colonies microbiennes infiltrées dans la muqueuse de l'estomac tendent à s'éliminer par la surface de celle-ci; ainsi, les voies digestives pourraient servir

d'émonctoire non seulement pour des substances chimiques comme l'urée, mais pour des germes pathogènes.

Il semble que la dilatation préalable de l'estomac, chez le cobaye, favorise le dépôt dans la paroi gastrique, devenue lieu de moindre résistance, des germes pathogènes en circulation dans le sang.

M. Letulle ajoute que la notion de l'origine infectieuse de certains ulcères de l'estomac expliquerait leur grande fréquence chez les jeunes sujets, les tuberculeux, les brûlés; leur siège presque constant au niveau du bord supérieur et des parties avoisinantes des faces, au niveau des larges espaces lymphatiques interglandulaires, où les microbes stagnent et pullulent de préférence; enfin leur marche longtemps latente, puis brusquement précipitée.

Ainsi la doctrine de la nature infectieuse de l'ulcère simple simplifie la description nosologique, complète l'étude des lésions anatomo-pathologiques, coordonne les théories pathogéniques (embolies septiques, artérite infectieuse, ischémie, stase veineuse, gangrène, inflammations), éclaire le pronostic et la marche.

M. Quinquaud appelle l'attention sur une variété d'alopécie qui se caractérise par des plaques irrégulières, lisses, à peine grenues çà et là; des poussées se montrent à certaines époques variables, mais fatales, et on voit apparaître dans le voisinage de certaines plaques de petits éléments tantôt rouges, tantôt purulents, qui siègent autour des follicules pileux. Rien ne rappelle le sycosis; il n'y a là ni pustules ni tubercules.

Très rapidement le follicule pileux est détruit parce que la maladie se développe dans la gaine externe, gagne le fond et détruit la papille; alors la chute du poil est fatale. Puis les différentes couches du derme s'atrophient, et, au milieu de la zone atrophiée, persistent longtemps encore des lésions inflammatoires, sous forme d'îlots de cellules embryonnaires.

Par les cultures, M. Quinquaud a obtenu un micrococque de 2 à 3 μ, qui apparaît parfois en chaînette de quatre monocoques, se développe rapidement dans l'eau de levure stérilisée. En frottant avec une culture pure de ce microbe les régions pilaires de l'homme ou du rat, on fait apparaître les petits éléments rouges caractéristiques, les poils tombent et l'alopécie est définitive.

L'affection, livrée à elle-même, dure plusieurs années; on l'arrête en frictionnant la tête avec une solution de bi-iodure et de bichlorure de mercure.

M. Brocq connaît ce type d'affection du cuir chevelu qu'il regardait à tort jusqu'ici comme une variété de pelade.

M. Féré : Presque toujours, après les accès d'épilepsie, existe un affaiblissement musculaire prédominant du côté où les spasmes ont été le plus violents; cet affaiblissement, qui peut aller jusqu'à l'hémiplégie ou à la paraplégie, peut atteindre les muscles de la langue et des yeux (strabisme, nystagmus), ceux de la respiration (expiration lente et saccadée). On observe aussi souvent des troubles de la sensibilité.

La pilocarpine, en injection sous-cutanée, produit chez l'homme sain une transpiration profuse : cette action est plus lente à se produire et moins marquée après les grandes attaques d'épilepsie. C'est le résultat de l'épuisement nerveux. Mais, comme cet épuisement peut manquer, l'action de la pilocarpine peut n'être pas modifiée après tous les accès épileptiques, et on ne peut, par conséquent, se baser sur l'action plus ou moins rapide de la pilocarpine pour porter un diagnostic rétrospectif d'épilepsie.

Contrairement à une opinion qui a cours, M. Féré a toujours constaté que la pilocarpine augmente la tension artérielle. — P. L. G.

VARIÉTÉS

Influence favorable des basses températures pendant les mois de juin et de juillet 1888.

On a dit tout le mal possible du mauvais temps qui vient de durer deux mois et on se lamente encore aujourd'hui sur la fréquence des pluies et des orages de juin et de

juillet, sur la mauvaise volonté du soleil qui s'acharne à ne point nous envoyer de vigoureux rayons calorifiques.

La température relativement basse que nous avons subie jusqu'à ces jours derniers a pourtant eu un résultat qui n'est pas à dédaigner et qu'au moins on ne doit pas ignorer. Si elle a détruit un certain nombre de produits utiles à l'homme, elle a conservé la vie à un nombre notables d'individus. Le fait a son importance et le petit calcul suivant va le prouver, pour Paris au moins. Pendant les mois de juin et de juillet 1887, il est mort dans cette ville 3,790 personnes en juin, 3,537 en juillet. — Cette année-ci, pendant les deux mêmes mois, on n'a eu à enregistrer que 3,526 décès en juin, 3,370 en juillet. Il y a donc une différence de 264 pour juin, de 167 pour juillet, c'est-à-dire une diminution d'environ 7 p. 100 dans la mortalité de 1888.

Le fait vient d'être aussi signalé et étudié avec soin pour l'Angleterre ; d'après la *Semaine médicale*, la mortalité des 28 grandes villes de la Grande Bretagne a été de 3,6 p. 100 moins considérable que celle des six dernières années pour les mois en question. Cette diminution de la mortalité s'explique par la rareté des affections gastro-instestinales, entre autres des diverses diarrhées. A noter aussi que la mortalité des anglais âgés est restée au-dessous de la moyenne habituelle.

On sait qu'en Norwège on se plaint, au contraire, des températures élevées, exceptionnelles pour ce pays, qui se produisent actuellement. Aurait-on constaté là-bas une augmentation de la mortalité ?

(*Progrès médical.*) MARC. B.

FORMULAIRE

Solution pour pansements antiseptiques. — Thomas.

Acide borique........................	100 grammes.
Gomme du Sénégal lavée et séchée....	100 —
Glycérine............................	100 —
Eau distillée........................	q. s. pour 3 litres.

Faites dissoudre. — La gaze écrue, le coton ou l'étoupe sont successivement lavés à l'eau tiède, à l'hyposulfite de soude (solution à 2°5 Baumé), à l'acide chlorhydrique (solution 1/20e), et à grande eau, jusqu'à réaction neutre au tournesol, puis desséchés à l'étuve, et plongés dans le mélange ci-dessus, qui est calculé pour un kilo. — Si l'on désire faire un pansement à l'acide salicylique, on substitue à l'acide borique de la précédente solution, 50 grammes d'acide salicylique et 40 grammes de borate de soude

N.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les doctoresses a New-York. — Le journal anglais *Ladies Pictorial* nous apprend qu'il y a à New-York 450 femmes qui exercent la médecine. Le nombre des femmes médecins est encore plus grand à Brooklyn et dans les autres États.

Longévité au Japon. — Du dernier recensement fait au Japon il résulte que la population au 1er janvier 1887 s'élevait à 38,507,177 habitants. Le nombre des personnes de 70 à 80 ans est de 1,085,001 ; celui de 80 à 90 ans, est de 247,055 ; enfin, 97 centenaires, dont 73 femmes et 24 hommes.

Société italienne des micrographes. — Cette société a pour but de favoriser par des prix et récompenses les progrès de toutes les branches de la microscopie et d'en vulgariser les applications. Quelques membres fondateurs ont déjà proposé un prix de 250 fr. pour le meilleur travail inédit de micrographie publié dans le Bulletin jusqu'en décembre 1889. Ces travaux devront être écrits en italien ou, après approbation du Conseil, en français, anglais, latin ou allemand. (*Gazetta degli ospedali*, 3 juin). — Ch. S.

COURRIER

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour trois places de majors pour l'Hôtel-Dieu, l'hôpital de la Conception et l'hospice de la Charité, aura lieu le lundi, 19 novembre 1888, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront être docteurs en médecine, Français, âgés de 32 ans au plus, de bonnes vie et mœurs, célibataires ou veufs sans enfants.

— Un concours pour une place de médecin adjoint sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 10 décembre 1888, à trois heures.

Besançon. — Le concours, ouvert le 1er août, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et physiologie, à l'Ecole de médecine de Besançon, s'est terminé par la présentation de M. Edouard Bolot.

Lille. — M. le docteur Demon, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire d'*accouchements*, et M. le docteur de Lapersonne, agrégé du cours complémentaire de *clinique ophthalmologique*.

Lyon. — M. le docteur Poullet, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire d'*accouchements* et M. le docteur Beauvisage, agrégé, du cours complémentaire de *botanique*.

Nancy. — M. le docteur Schmitt, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire de *cliniques des maladies syphilitiques et cutanées ;* M. le docteur Simon, agrégé, du cours complémentaire de *clinique des maladies des enfants*, et M. le docteur Rémy, agrégé, du cours complémentaire d'*accouchements*.

M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1888, doyen honoraire de ladite Faculté.

MM. Etienne et Vautrin, chefs de clinique chirurgicale, Schul, chef de clinique obstétricale, sont maintenus, pour un an, à partir du 1er août 1888, dans leurs fonctions à la Faculté de médecine de Nancy.

Italie. — L'Institut des sciences, arts et littérature de Milan, ouvre un concours auquel les étrangers ont le droit de participer, sur les sujets suivants : premier prix Cagnola (1,500 fr. et une médaille d'or de 500 fr.) : *histoire de l'hypnotisme; étude critique de tous les matériaux qui s'y rapportent et observations personnelles.* Délai jusqu'au 30 avril 1889. — Deuxième prix Cagnola (2,500 fr. et une médaille d'or de 500 fr.) : *Une découverte bien démontrée relative aux moyens de guérison de la pellagre ou à la nature des miasmes et contages.* Délai jusqu'au 31 décembre 1888. — Prix Fossatis (4,000 fr.) : *sur l'embryogénie du système nerveux ou une de ses parties chez les mammifères avec recherches personnelles illustrées par des dessins et planches.* Délai jusqu'au 30 avril 1889. — S'adresser pour détails à La Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze, Lettere et Arti, Pala 770 di Preza, à Milan.

Nécrologie. — MM. les docteurs Fichou, d'Erquy ; — de Lessard et Trolley des Longchamps, médecins de la marine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhagie aiguë.

NATURE, MARCHE, LOCALISATIONS (1).

Telle est, Messieurs, ce qu'on pourrait appeler la blennorrhagie idéale; c'est celle qu'ont chance d'avoir les malades d'une santé irréprochable, possédant une force morale suffisante pour contempler philosophiquement pendant des semaines l'évolution naturelle de leur maladie, sans faire, pendant ce temps, aucun de ces manquements à l'hygiène si faciles et si tentants à l'époque de la vie où se contracte habituellement la blennorrhagie, sans entreprendre intempestivement un de ces traitements dont l'amitié ou la quatrième page des journaux sont toujours prêtes à vous vanter l'efficacité. Chez ces malades, on pourrait dire que l'inflammation suit parallèlement le développement du parasite; elle naît, croît, se maintient et tombe suivant que celui-ci se multiplie ou meurt.

Dans ces blennorrhagies régulières, modérées, l'inflammation reste absolument superficielle; une congestion peu profonde de la muqueuse, parfois quelques érosions sans gravité sont les seules lésions qu'aient permis de constater les rares autopsies pratiquées sur des malades morts accidentellement au cours d'une blennorrhagie ou les examens faits pendant la période aiguë de la maladie au moyen de l'ingénieux endoscope de notre maître, M. Desormeaux.

Malheureusement il s'en faut de beaucoup que les choses se passent dans tous les cas avec une pareille simplicité; des écarts de régime presque inévitables pendant une maladie d'aussi longue durée, un vice de constitution de l'individu atteint, voire même une thérapeutique mal conçue peuvent devenir l'occasion d'accidents sérieux, de complications dont deux seulement nous occuperont ici, l'extension de la maladie en profondeur ou en surface.

Chez quelques malades, pendant la période aiguë de la maladie, une douleur vive et très localisée se développe au niveau de la paroi inférieure de l'urèthre, présentant tous les caractères de sensibilité exquise propres à la douleur de l'inflammation phlegmoneuse : tension, élancements, sensibilite vive à la pression; le toucher permet rapidement de constater à ce niveau un noyau d'induration, qui augmente bientôt de volume, atteint les dimensions d'une noisette, d'une noix, se ramollit à son centre et s'ouvre

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

en laissant écouler un pus franchement phlegmoneux; cet abcès n'est habituellement pas long à se fermer si l'on a eu soin de s'entourer, en l'ouvrant, de toutes les précautions de la médication antiseptique. Ces petits phlegmons sont dus au développement de foyers phlegmasiques nés au pourtour des glandules de l'urèthre : l'inflammation blennorrhagique, après avoir pénétré dans l'intérieur des glandes, franchit leurs parois, gagne le tissu cellulaire qui les entoure et donne lieu aux accidents que je viens de vous indiquer; c'est, du reste, une complication rare de la maladie et nous n'en voyons que quelques exemples chaque année dans nos services.

Le plus souvent l'extension de l'inflammation blennorrhagique en profondeur ne se fait pas avec cette acuité; elle se fait lentement, sourdement; elle a les tendances et les allures des inflammations chroniques dont l'aboutissant est la sclérose des tissus atteints; c'est en des années qu'elle parcourt insidieusement, dans les parties fibreuses de la muqueuse, son travail d'organisation pour arriver à la transformation fibreuse des tissus et donner lieu à la production des rétrécissements uréthraux, dont je n'ai pas l'intention de vous entretenir, car ils sont plus particulièrement du domaine de la chirurgie.

L'extension la plus commune, la plus habituelle de l'inflammation est son extension en surface donnant lieu à son passage de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur.

Pour l'anatomiste, l'urèthre se divise habituellement en trois parties, la portion spongieuse, la portion membraneuse et la portion prostatique; la structure fort différente des diverses portions du canal justifie pleinement cette division anatomique : pour le clinicien, c'est là un fait sur lequel insiste justement le professeur Guyon et que les travaux de ses élèves n'ont cessé de mettre en lumière (1), le canal urinaire ne reconnaît que deux portions, l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur : la portion spongieuse constitue à elle seule le premier; au second appartiennent les portions membraneuse et prostatique. La portion membraneuse, grâce à sa musculature accusée, constitue une barrière puissante entre les parties antérieures et les parties postérieures du canal de l'urèthre; ses fibres forment un véritable sphincter qui, par sa tonicité, maintient le canal constamment fermé en arrière de la portion spongieuse : il est facile de constater cette occlusion en introduisant dans l'urèthre une bougie olivaire n° 15 ou 16 de la filière Charrière; quand la boule de la bougie arrive à une douzaine de centimètres dans la profondeur du canal, c'est-à-dire à la limite postérieure de la portion spongieuse, elle est subitement arrêtée par une résistance que vous ne pouvez vaincre que par une pression qui vous permettra d'apprécier la puissance du muscle uréthral, cause de cette résistance. A l'état physiologique, l'occlusion réalisée par la tonicité du muscle uréthral est si parfaite, qu'elle ne permet aux corps circulant dans l'urèthre antérieur de passer dans le postérieur, que sous l'action d'une pression assez considérable; une injection poussée dans l'urèthre antérieur ne pourra pénétrer dans le postérieur qu'à la condition que le méat soit maintenu fermé pendant qu'on la pousse et qu'elle soit poussée avec violence; une injection, faite alors que le méat est béant, ne saura jamais forcer le muscle uréthral et pénétrer dans l'urèthre postérieur, quelle que soit la violence avec laquelle

(1) Voir thèse Jamin, janvier 1883.

on la pousse : un corps solide même ne parviendra pas toujours facilement à vaincre cette résistance; une bougie molle peut provoquer par son contact un spasme du sphincter uréthral tel qu'elle ne puisse le vaincre et que celui-ci, même à l'état normal, lui oppose une barrière infranchissable; plus d'une fois, cette résistance du sphincter de l'urèthre a fait admettre à tort l'existence d'un rétrécissement par des médecins insuffisamment instruits de son existence.

L'occlusion constante du canal par le muscle intra-uréthral ne permet pas en temps ordinaire aux liquides accumulés en arrière de lui de s'écouler dans l'urèthre antérieur et de faire irruption à l'extérieur; pour que l'écoulement ait lieu, il faut que la tonicité du muscle soit vaincue, ce qui n'arrive jamais que d'une façon intermittente, quand les liquides accumulés en arrière du sphincter méso-uréthral ont acquis, par leur accumulation, une haute tension ou quand la vessie se contracte puissamment pour les chasser.

Il y a donc, messieurs, deux urèthres bien distincts : l'un sans cesse en communication avec l'extérieur; l'autre en communication avec la vessie dont il forme pour ainsi dire le vestibule, n'entrant en relation avec l'extérieur que d'une façon intermittente et vivant pour ainsi dire de la vie vésicale. Ces deux urèthres présentent la même indépendance pathologique que physiologique et les maladies de l'un ou de l'autre restent souvent localisées dans celui dans lequel elles ont pris naissance : l'un se trouve plus exposé aux influences novices venues de l'extérieur; l'autre emprunte volontiers ses états pathologiques aux appareils vésical et génital.

La blennorrhagie n'échappe pas à cette loi; née dans l'urèthre antérieur, elle ne pénètre que difficilement dans l'urèthre postérieur; elle s'y montre souvent atténuée quand elle y a pénétré.

C'est un fait, mis en lumière par le professeur Guyon, que dans le temps même où la blennorrhagie bat son plein, alors que le pus se produit abondant dans l'urèthre antérieur, on ne peut que rarement ramener une gouttelette de pus de l'urèthre postérieur, quelquefois un peu de mucus, souvent rien, absolument rien; c'est, comme le dit l'éminent professeur de l'hôpital Necker, que le sphincter uréthral oppose une barrière quasi-infranchissable à la blennorrhagie et protège l'urèthre postérieur contre l'inflammation dont souffre son congénère. Cette barrière ne pourrait guère être franchie que par suite de manœuvres intempestives (injection poussée trop violemment, catéthérisme) ou chez certains sujets pour qui un état morbide général, rhumatisme, scrofule, lymphatisme, a créé une infériorité de résistance.

Cette opinion du professeur Guyon, sur la rareté de l'uréthrite postérieure dans la blennorrhagie simple a été combattue par le docteur Aubert, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon, et par ses élèves; pour cet auteur, l'invasion de l'urèthre postérieur dans la blemorrhagie serait presque constante; elle existerait dans plus des neuf dixièmes des cas (Eraud, Lyon-médical, XLVIII. 113). Ces auteurs ont pu constater que, chez l'immense majorité des blennorrhagiques, l'urine rendue après lavage de l'urèthre antérieur présentait un état trouble, des filaments blanchâtres, dus à l'accumulation de mucosités dont la production ne pouvait s'expliquer que par l'existence d'un état inflammatoire de l'urèthre postérieur et de la vessie. Bien plus, 70 malades sur 100 auraient des accidents de prostatite consécutivement à l'invasion des parties postérieures de l'urèthre par

la blennorrhagie (Montagnon, Lyon-médical XLIX, 592). Ces lésions resteraient ordinairement à ce point légères qu'elles n'incommoderaient en rien le malade et ne se traduiraient par aucun trouble fonctionnel capable d'éveiller l'attention du médecin; elles ne seraient reconnaissables qu'à l'examen minutieux du canal et des urines; elles évolueraient le plus souvent à l'état latent, mais tireraient cependant une certaine gravité de ce fait qu'elles pourraient être un acheminement vers les troubles plus sérieux, plus douloureux, connus sous le nom de cystite blennorrhagique, vers l'épididymite, la Cowpérite, etc...

L'opinion du docteur Aubert me paraît contenir une part de vérité : il est certain qu'assez souvent on peut, au cours de la blennorrhagie, constater un état trouble des urines, une abondance de leur contenu en mucus, signe évident d'un certain degré d'irritation de la muqueuse vésicale; mais la fréquence et l'importance de cet accident me semblent véritablement avoir été exagérées par l'Ecole lyonnaise; et la coexistence d'une prostatite, quelque superficielle qu'on l'admette, me paraît loin d'être une complication habituelle de la blennorrhagie. Dans tous ces cas, l'inflammation de l'urèthre postérieur reste très légère ; elle ne dépasse pas la production d'une certaine quantité surabondante de mucus et ne va pas jusqu'à une production véritable de pus; la blennorrhagie, dans l'incursion qu'elle fait dans les parties profondes de l'appareil urinaire, n'arrive que fort atténuée ; le contre-coup, subi par l'urèthre postérieur et la vessie, n'est qu'un retentissement bien affaibli de ce qui se passe dans l'urèthre antérieur ; l'inflammation y reste superficielle; née après l'uréthrite antérieure, elle disparaît spontanément avant celle-ci et passera inaperçue pour qui ne la recherche pas minutieusement; elle est à ce point indifférente qu'elle serait vraiment négligeable si elle ne créait une prédisposition aux inflammations plus profondes, plus intenses parmi lesquelles les accidents dits de cystite du col sont les seuls dont je vous dirai actuellement un mot, voulant m'en tenir, pour le moment, à l'étude de la seule blennorrhagie intrauréthrale et de son traitement.

Quand l'uréthrite postérieure devient accusée au point de constituer une véritable complication de la blennorrhagie, les envies d'uriner apparaissent fréquentes, impérieuses; elles se reproduisent plusieurs fois dans l'espace d'une heure et si pressantes que le malade ne saurait retarder de quelques secondes une émission qui ne produira tout au plus que quelques gouttes d'urine; dans les cas graves, c'est quinze, vingt fois que le malade est obligé de se lever chaque nuit, sollicité par le besoin d'uriner; chaque émission s'accompagne de spasmes violents des régions vésicale et périnéale et il n'est pas rare de voir le sang apparaître dans l'urine au moment du paroxysme des spasmes provoqués par l'inflammation de l'urèthre postérieur. Dans les cas où les accidents acquièrent cette intensité, les phénomènes inflammatoires, par une sorte de bascule, s'atténuent dans l'urèthre antérieur et l'écoulement purulent de la blennorrhagie devient moins abondant, quelquefois presque nul.

Les accidents de l'uréthrite postérieure, malgré leur intensité et la gêne profonde qu'ils occasionnent au malade, tombent souvent assez rapidement; sous l'influence d'un traitement méthodique, il est fréquent de les voir disparaître en quelques jours, et ne pas prolonger sensiblement la durée de la maladie. Dans quelques cas cependant ils persisteront bien qu'atténués

et l'uréthrite postérieure aiguë aura ouvert la porte à l'uréthrite chronique postérieure, une des variétés de la blennorrhagie chronique.

Tels sont, messieurs, les principaux symptômes de la blennorrhagie uréthrale aiguë, leur connaissance va nous permettre d'apprécier plus facilement la valeur et les indications des principaux traitements qui lui ont été opposés. — P. C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments cholagogues. — Le traitement du choléra.

MM J.-L. Prévost et Paul Binet viennent de faire les plus intéressantes recherches sur l'action des médicaments sur la bile et sur leur élimination par cette sécrétion. Il était, en effet, nécessaire de faire une revision sérieuse des médicaments dits cholagogues, la vertu d'exciter la sécrétion de la bile étant accordée sans preuves sérieuses à beaucoup de substances.

Avant eux un certain nombre de travaux avaient été faits sur le même point, mais les résultats en étaient fort contradictoires. Les uns, tels que Baldi et Paschkis, niaient l'existence de médicaments cholagogues, tandis que d'autres, Rutherford, Rohrig, en énuméraient un grand nombre. D'autre part, certains expérimentateurs, en curarisant préalablement leurs animaux, s'étaient placés dans des conditions trop éloignées de l'état physiologique. MM. Binet et Prévost ont simplement pratiqué des fistules biliaires chez deux chiens qu'ils ont observés plusieurs mois après leur complète guérison.

Parmi les substances alimentaires, le beurre frais ne modifie pas la quantité de bile, mais les peptones (15 grammes) amènent une augmentation rapide et assez considérable s'élevant au double de la quantité normale. L'eau a produit parfois une légère augmentation. Les grands lavements froids n'ont pas modifié la quantité de la bile; on peut conclure que, dans l'ictère simple, leur action repose surtout sur les contractions réflexes des voies biliaires.

L'ingestion de bile ou l'injection des acides biliaires augmentent la sécrétion d'une façon assez considérable et pendant plusieurs heures.

Etudions maintenant les diverses substances expérimentées en commençant par les corps minéraux. Le bicarbonate de soude a légèrement accru la sécrétion dans laquelle il ne semble pas apparaître; le sulfate de soude considéré par Rutherford comme un bon cholagogue n'a eu qu'une faible action; cette dernière a été nulle pour le phosphate de soude. Le chlorate de potasse quinze à vingt minutes après son ingestion stomacale, a augmenté notablement la sécrétion, qui est devenue deux ou trois fois plus considérable et renferme le médicament. Le chlorure de sodium augmente légèrement, tandis que l'iodure de potassium diminue la quantité. Les bromures de potassium et de sodium ont une action douteuse; ils passent dans la bile. Le sel de Carlsbad, si employé dans le traitement des affections hépatiques, ne produit rien ou presque rien. On peut donc conclure avec les auteurs que les alcalins et que les sels constituant les sels de Carlsbad (chlorure de sodium, sulfate de soude, bicarbonate de soude). ainsi que les sels de Carlsbad administrés en nature à des doses analogues à celles qui sont employées chez les malades, ne produisent pas de modification notable dans l'écoulement de la bile.

Le lithium diminue la sécrétion. Ainsi que Rutherford l'avait déjà vu, le calomel s'est montré inactif; il en a été de même du sublimé. Le citrate de fer ammoniacal et le sulfate de cuivre en injections sous-cutanées ont ralenti la sécrétion. L'arsenic n'a pas d'influence notable.

Parmi les corps organiques, les térébenthines ont été les premiers que MM. Prévost et Binet ont expérimentés. Ils ont constaté une notable augmentation de la sécrétion débutant environ trente à quarante minutes après l'ingestion; il faut des doses assez

fortes. La bile devient plus fluide et plus claire et renferme l'essence. On y trouve aussi le terpinol qui fournit des résultats analogues, quoique moins accusés. La terpine, à doses assez élevées, produit une légère augmentation.

Le salicylate de soude augmente rapidement la sécrétion qui peut dépasser le double et même le triple de la quantité normale; le salicylate de lithine agit de même. Le benzoate de lithine et le salol accroissent aussi notablement la quantité. Le salicylate passe dans la bile et le salol se dédouble dans l'intestin comme quand la bile y arrive.

L'alcool et l'éther n'ont pour ainsi dire pas d'action; il en est de même de la glycérine.

La quinine agit peu; la muscarine et la pilocarpine augmentent; l'atropine diminue, et, de plus, arrête l'action de la muscarine. La caféine n'a rien produit. La strychnine a provoqué une diminution, mais elle coïncidait avec les convulsions; cet alcaloïde ne passe pas dans la bile. L'antipyrine et la kairine augmentent légèrement la sécrétion dans laquelle on ne les retrouve pas.

La propylamine, la triméthylamine, l'urée accroissent temporairement la quantité de la bile.

Le séné n'augmenta que faiblement la sécrétion; de plus, il ne purgea pas, ce qui semble venir à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que les corps qui contiennent de l'acide cathartique (séné, rhubarbe, aloës, etc.) ne purgent que quand ils sont mélangés à la bile. Cependant l'acide mélangé à la bile et administré à l'un des animaux en expérience ne donna pas d'effet purgatif. La rhubarde augmenta légèrement et l'aloès beaucoup plus. L'évonymine accrut aussi la sécrétion; il en fut de même de la macération de boldo et de celle d'ipéca, tandis que ces plantes ne produisirent rien en infusion. Une dose assez forte d'hydrastis canadensis excita assez notablement la sécrétion.

La cochenille et la fuchsine n'ont pas eu d'action chez le chien.

En résumé, les substance diverses ingérées dans l'estomac ou injectées sous la peau peuvent se diviser en quatre groupes relativement à leur influence sur la sécrétion biliaire.

On peut ranger dans un premier groupe celles qui augmentent la sécrétion. En tête, il faut placer la bile, qui est certainement le plus puissant cholagogue; soit en nature, soit en extrait, elle produit une augmentation rapide de la quantité de bile sécrétée. L'ingestion gastrique d'une dose ne dépassant pas 40 à 50 c. a toujours été bien toléré chez le chien. L'urée est aussi un bon cholagogue, mais il y a eu en même temps des troubles gastro-intestinaux graves.

Viennent ensuite : l'essence de térébenthine et ses dérivés, terpinol et terpine, le chlorate de potasse, le benzoate et le salicylate de soude, le salol, l'évonymine, la muscarine (injection sous-cutanée).

Le groupe 2 comprendra les substances n'amenant qu'une augmentation légère et douteuse, inconstante. Ce sont le bicarbonate et le sulfate de soude, le chlorure de sodium, le sel de Carlsbad, la propylamine, l'antipyrine, l'aloès, l'acide cathartique et la rhubarbe, l'hydrastis canadensis, l'ipéca et enfin le boldo.

Les substances déterminant une diminution de la bile seront rangées dans le groupe 3; ce sont l'iodure de potassium, le calomel qui, en l'absence de la bile dans l'intestin, colore les selles en vert, le fer et le cuivre (injection sous-cutanée), l'atropine (injection sous-cutanée), et enfin la strychnine à dose toxique. Enfin, dans le groupe 4 seront mis : le phosphate de soude, le bromure de potassium, le chlorure de lithium, le sublimé, l'arséniate de soude, l'alcool, l'éther, la glycérine, la quinine, la caféine, la pilocarpine, la kairine, le cytise, le séné, le colombo, toutes substances qui sont sans action sur la sécrétion biliaire.

D'une façon générale, la bile est une voie d'élimination peu importante pour les médicaments, et l'urine est toujours l'émonctoire par excellence. Le foie est un lieu d'élimination élective pour les matériaux de la bile, notamment les acides biliaires; de là, disent MM. Prévost et Binet, la polycholie intense et constante que l'on observe à la suite de l'ingestion de la bile. Leur dernière conclusion est qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle peut exercer sur l'activité de la sécrétion biliaire.

On ne peut que féliciter MM. Prévost et Binet d'avoir, avec leur compétence toute spéciale, mené à bonne fin leurs importantes recherches; ils ont, en effet, fixé, d'une façon qui paraît définitive, un des points les plus controversés de l'action d'un grand nombre de médicaments.

*
* *

Le professeur Cantani (de Naples) a fait, au Congrès de Berlin, une communication très importante sur le traitement du choléra, communication que nous résumerons en partie d'après le *Ther. Monat.*, 1888, 6.

L'étude plus complète des causes du choléra devait conduire à des modifications importantes dans le traitement de la maladie. Depuis longtemps, l'épaississement du sang par les grandes pertes d'eau était considéré, dans le choléra, comme le danger capital et même comme la cause vraie et unique du stade algide, de ses sympômes et de ses suites. La découverte du bacille de Koch montra la cause des pertes d'eau et de l'épaississement du sang. Des expériences directes sur les animaux, au moyen d'injections intra-péritonéales ou sous-cutanées de cultures stérilisées du bacille, conduisirent à reconnaître qu'une deuxième cause extrêmement importante de la mort des cholériques était à chercher dans un empoisonnement chimique aigu.

De là résultent trois nouvelles indications du traitement de la maladie :

1° Lutter contre l'établissement ou l'augmentation des bacilles dans l'intestin en les tuant ou du moins en abaissant leur activité vitale;

2° Rendre innocent le poison cholérique formé dans l'intestin ou au moins l'éloigner rapidement du sang, où il existe déjà;

3° Combattre l'épaississement du sang par un nouvel apport d'eau dans le sang.

Convaincu que l'on ne peut atteindre le choléra qu'en combattant directement le bacille dans l'intestin et que, par la voie habituelle de la bouche et de l'estomac, cela est impossible, ou très incomplètement possible, Cantani pensa à effectuer la désinfection par le rectum au moyen de l'entéroclyse qui triompherait de la valvule de Bauhin en provoquant des mouvements antipéristaltiques.

Parmi les divers désinfectants, il pensa d'abord à l'acide carbolique, à l'acide salicylique, au sublimé, etc., mais le premier est à la dose nécessaire trop toxique pour l'homme; le deuxième, trop peu soluble; le troisième, en présence du mucus et des albuminoïdes qui se trouvent dans l'intestin, se combine avec eux et se dépouille de la plus grande partie de son pouvoir microbicide. Il s'agissait donc de trouver un médicament suffisant pour combattre le parasite, mais innocent pour l'économie.

Un certain nombre de raisons conduisaient à essayer l'acide tannique avec lequel l'auteur avait déjà traité avec succès, par l'entéroclyse, la diarrhée, le choléra nostras, le choléra infantile et d'autres affections semblables. Il est inoffensif à hautes doses, les tanneurs sont régulièrement épargnés par le choléra, l'acidité qu'il donne au contenu intestinal doit combattre le bacille.

Des essais faits spécialement dans ce but démontrèrent que l'addition d'acide tannique jusqu'à 1 p. 100 à des cultures du bacille dans du bouillon de viande tuait le micro-organisme à la température de 37° centigr. en une heure et demie, et même les tuait pour la plus grande partie à 1/2 p. 100 en six heures. L'activité végétative était au moins paralysée en ce sens que le transport de ces bacilles paralysés ou affaiblis dans un autre bouillon de viande sans acide tannique ou sur de la gélatine, est suivi de leur multiplication en un temps beaucoup plus long qu'habituellement, et que celle-ci est beaucoup plus lente.

L'acide tannique est donc un bon désinfectant.

Les résultats pratiques répondirent à l'attente, car, presque jamais le stade algide ne survint quand, au début de la maladie, fut pratiquée plusieurs fois par jour l'entéroclyse chaude à l'acide tannique (deux litres d'eau chaude de 38 à 40° avec 5, 10, 20 grammes de tannin et, avec ou sans, environ 50 grammes de gomme arabique et 30 gouttes de laudanum de Sydenham). Dans presque tous les cas, après quelques applications, parfois après la première, la diarrhée cessa.

Les résultats obtenus par le traitement à Turin, Naples, Gênes, Trieste, dans l'Amérique du Sud (La Plata) établissent tous l'utilité de la méthode.

D'après la statistique du docteur Lurtig, directeur de l'hôpital des Cholériques à Trieste, sur 117 cholériques pris par le lazaret et traités uniquement par l'entéroclyse chaude à l'acide tannique, 83 guérirent et 34 moururent, pendant que 193, traités avec les autres moyens habituels, donnèrent 47 guérisons et 146 morts.

Ce fait que le tannin était utile non seulement à la première apparition du choléra, mais souvent aussi à une période déjà avancée de la maladie, conduisit à penser qu'il pouvait transformer le poison ptomaïne du choléra en un tannate insoluble ou peu soluble.

Des expériences sur les animaux prouvèrent le bien fondé de cette opinion. Chez des chiens, dans le péritoine desquels on injecte une culture pure de bacille virgule, développée à 37° dans du bouillon de viande peptonisé, après l'avoir stérilisée à 100°, de telle façon qu'elle ne contienne plus que des bacilles morts ou, après l'avoir filtrée dans le filtre Chamberland, il survient des signes éclatants d'un empoisonnement cholérique plus ou moins graves; au contraire, les chiens auxquels on injecte le même liquide, après l'avoir additionné de 1/2 à 1 p. 100 d'acide tannique, restèrent alertes et ne présentèrent aucun signe de maladie.

Le tannin est donc le meilleur médicament non seulement pour empêcher la multiplication du bacille du choléra dans le canal intestinal ou au moins pour la réduire au minimum, mais aussi pour rendre indifférent le poison produit par le bacille.

L'entéroclyse à l'acide tannique maintient l'absorption d'eau dans le canal intestinal; elle combat ainsi l'épaississement du sang et l'empêche d'amener l'anurie; elle rend ainsi possible l'élimination du poison cholérique par les sécrétions qui continuent normalement.

A cette troisième indication répond d'une façon beaucoup plus complète l'apport direct d'eau dans le sang. Cantani a recommandé dès 1865, et pratiqué en 1884 des njections salines chaudes à 39 et 40° dans le tissu conjonctif. Elles furent employées aussi par Michael (de Hambourg), en 1878, et par le professeur Samuel (de Kœnigsberg) en 1886.

L'injection sous-cutanée ou hypodermique d'eau stérilisée, chauffée à 38, 39, 40 degrés avec 3 pour 1,000 de carbonate de soude et 4 pour 1,000 de chlorate de soude, fut suivie chez tous les cholériques d'une absorption très facile et très prompte dans le sang; le massage n'est que rarement nécessaire. Cette pratique n'a pas été nuisible dans un seul cas.

On peut voir des malades étendus, la peau sèche, sans pouls, aphones, froids, cyanosés qui, après l'injection sous-cutanée d'eau chaude, revivent en quelques minutes. Ils s'assoient et recommencent à parler. Quand il y a guérison dans ces cas, la réaction est tantôt courte et légère, tantôt typhoïde et grave.

Les avantages des injections sous-cutanées d'eau salée sur les injections directes dans le sang viennent de ce que, avec les premières, la colonne de sang n'est pas interrompue par une colonne d'eau salée puisque l'absorption est faite peu à peu par les capillaires et que le sang épaissi est ainsi étendu rapidement.

C'est en cela que réside l'absolue innocuité de cette opération quand elle est faite avec des appareils stérilisés. Ni Cantani ni ses élèves n'ont eu d'abcès développé à la suite de l'opération, tandis que l'injection intra-veineuse ne peut être exécutée qu'avec de grandes précautions.

Cantani donne la statistique suivante des cas dans lesquels ce qu'il appelle l'hypodermoclise fut pratiquée. Sur 187 cas graves il y eut 114 guérisons et 73 morts, ce qui fait 61 pour 100 de guérison et 39 pour 100 de morts. Cela n'est pas un résultat merveilleux, l'auteur le dit lui-même. Mais quand on se reporte au chiffre donné par Griesinger de 80 pour 100 de morts dans les cas graves arrivés à l'asphyxie on trouve que la mortalité est réduite de la moitié et même de plus.

L'entéroclyse chaude à l'acide tannique est utile surtout dans le premier stade du choléra, principalement dans la diarrhée prémonitoire, comme moyen de tuer le bacille ou au moins de l'affaiblir et en même temps d'obvier à l'absorption du poison cholé-

rique ; son action astringente est encore utile. Elle est dirigée surtout contre l'infection microbienne de l'intestin, mais agit en partie aussi contre l'intoxication chimique. C'est pourquoi elle mérite aussi d'être employée dans les périodes avancées, quoique avec moins de chances de succès.

L'hypodermoclyse d'eau salée chaude est surtout dirigée contre l'épaississement du sang et elle est utile puisqu'elle allège le travail du cœur et assure l'apport d'eau aux tissus et l'apport d'oxygène au système nerveux. Elle est aussi le moyen le plus puissant d'accélérer l'excrétion du poison cholérique absorbé par le sang, en ramenant les sécrétions interrompues. C'est pourquoi elle est indiquée surtout dans le stade algide et pendant tout le stade de réaction du choléra dit typhoïde.

Les injections sous la peau et dans l'intestin peuvent, en outre, à cause de la chaleur de l'eau, être considérées comme des bains internes réchauffant et excitant en même temps le cœur et les nerfs.

Dans les périodes avancées de la maladie il est indiqué de combiner les deux méthodes pour prévenir un empoisonnement progressif du sang venant de l'intestin et en même temps pour agir contre l'épaississement du sang et contre l'empoisonnement déjà effectué.

PAUL CHÉRON.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la migraine. — Dans une récente séance de l'Académie de médecine d'Irlande, le docteur James Little, président, a fait une communication sur les bons effets d'une combinaison de salicylate de sodium et d'un citrate effervescent de caféine contre la migraine. Son procédé est le suivant : lorsque le patient s'éveille avec une sensation quelconque de douleur de tête, il lui fait prendre 20 grains anglais (environ 2 gr. 60) de salicylate de sodium dans un verre d'eau rendue effervescente par l'addition d'une cuillerée à dessert de citrate granuleux de caféine. On peut, si cela est nécessaire, prendre une seconde dose, et même une troisième, à des intervalles de deux heures. L'addition de la caféine effervescente rend le médicament agréable au goût, ce qui n'aurait pas lieu si le salicylate était seul, et probablement elle ajoute à sa vertu ; mais ce qui tend, dit le docteur Little, à démontrer que ce n'est pas à la caféine qu'il faut attribuer les bons effets obtenus, c'est qu'il a vu la mixture en question soulager des malades qui, antérieurement, n'avaient retiré aucun bien de la caféine employée seule. (*The therapeutic Gazette*, 16 juillet 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté du docteur Viollet, de Ville-Dieu (Vienne), sur le moyen de guérir la suette miliaire ;

2° Le rapport du docteur Chartier (de Nantes), sur l'état sanitaire et le mouvement de la population de cette ville.

— M. BROUARDEL dépose un rapport du professeur Hamelin (de Montpellier), sur les épidémies de l'Hérault de 1883 à 1885 et en particulier sur la marche du choléra dans cette région.

— M. NOCART résume une note de M. Lucet sur un cas d'actinomycose; c'est le premier cas observé en France chez l'homme. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, garçon d'écurie, qui, à la suite de traumatisme, avait présenté les symptômes d'un phlegmon de la partie supérieure de la cuisse, avec état général mauvais. Ce phlegmon fut incisé

par M. le docteur Poirier, de Châteaurenard (Loiret); dans le pus, on trouva des touffes indéniables d'actinomyces. De nouveaux abcès semblables se sont produits depuis.

— M. Tarnier lit une lettre du professeur E. Hubert (de Louvain), réclamant la priorité de modifications apportées à la sonde à injections intra-utérines par M. Olivier.

— M. Proust lit le rapport de la commission des remèdes nouveaux; aucune approbation n'a été accordée par l'Académie.

— M. Pasteur lit une note du docteur Gamaleïa, chef du laboratoire antirabique d'Odessa, établissant la découverte de la vaccination préventive du choléra asiatique.

Ce travail n'est qu'une simple application de la méthode expérimentale qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur et qui a donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget des porcs, le charbon et la rage. L'auteur n'a fait qu'appliquer au choléra asiatique les deux principes de la virulence progressive et des vaccins chimiques.

Les cultures ordinaires du vibrion du choléra n'ont qu'une virulence minime au point que M. Koch, après de nombreux échecs, avait cru que cette malade n'était pas inoculable aux animaux. Pour douer ce virus d'une virulence extrême, il suffit de le porter sur un pigeon après un passage sur le cobaye. Il tue alors les pigeons en leur produisant un choléra sec (avec exfoliation de l'épithélium intestinal). Le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé.

Après quelques passages, la virulence est telle que le sang des pigeons de passage, à la dose d'une ou deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures; il tue aussi, à dose encore moindre, les cobayes. Tous les animaux de ces deux espèces succombent, sans exception, à l'infection virulente.

Les cultures ordinaires rendent les pigeons réfractaires à l'infection réitérée par le virus le plus virulent, le sang des pigeons de passage. Elles leur donnent l'immunité cholérique.

Si l'on cultive le virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe cette culture à 120° pendant vingt minutes, les microbes sont tués, mais il reste dans la culture stérilisée une substance très active, toxique. Le bouillon inoculé alors à la dose de 4 centimètres cubes à un cobaye, produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt, vingt-quatre heures (à l'autopsie, on trouve une hyperhémie prononcée de l'estomac, des intestins, mais bien entendu, point de microbes cholériques); les pigeons sont plus résistants vis-à-vis de ce poison et ne succombent qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectés à la fois. Si, au contraire, on leur introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours, on ne les tue plus. Bien plus, on constate qu'ils sont devenus réfractaires au choléra, et le sang d'un pigeon de passage, inoculé même à la dose d'un demi-centimètre cube, n'est plus capable de les tuer. La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement; en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal en quantité de 2 centimètres cubes, on les vaccine en deux ou trois séances.

Ainsi nous possédons une méthode de vaccination préventive du choléra fondée sur l'emploi des vaccins stériles; elle possède tous les avantages de la vaccination chimique : la sûreté et la sécurité, puisque le vaccin peut être mesuré d'une manière rigoureuse et introduit à doses assez petites pour être entièrement inoffensif, tout en donnant une immunité complète. Cette immunité est conférée sans danger et sans exception. Nous espérons, par conséquent, que cette méthode pourrait être appliquée à la vaccination humaine, pour préserver les populations du choléra asiatique.

M. Pasteur ajoute : « Le docteur Gamaleïa est prêt à répéter toutes ses expériences à Paris. Il s'offre à trouver sur lui-même la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine, et à entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le choléra pour prouver l'efficacité de la méthode.

Les découvertes grandissent et s'accumulent en ce qui touche les vaccins chimiques. On ne saurait douter que nous en posséderons bientôt beaucoup d'autres. La connaissance de celui de la rage, par exemple, ne peut tarder à être connue et utilisée. Ainsi

le 16 novembre 1887, 15 centimètres en longueur de la moelle d'un lapin de 171e passage, mort rabique, ont été délayés dans 30 centimètres cubes de bouillon stérile, après qu'on eût porté le cylindre de moelle pendant quarante-huit heures à la température de 35°.

Deux chiens trépanés et inoculés par cette moelle diluée n'ont pas pris la rage, ce qui constitue la plus grande probabilité, sinon la certitude, que la moelle, par le chauffage au contact de l'air pur et sec, avait perdu sa virulence dans toute sa longueur. Cependant les deux chiens traités avaient été rendus réfractaires à la rage ; car, inoculés par trépanation le 23 mai 1888, avec la moelle bulbaire d'un chien mort de rage furieuse, ces deux chiens ont résisté et sont encore bien portants. La moelle chauffée, rendue non virulente, était donc vaccinale par un vaccin chimique. »

M. le Président remercie M. Pasteur de cette communication. C'était à ce membre éminent de l'Académie qu'il appartenait d'annoncer au monde savant la découverte de la vaccination du choléra.

— M. Guyon lit un travail de MM. Hallé et Albarran, ses internes, sur le rôle d'une nouvelles bactérie pyogène dans l'infection urinaire; ils réunissent sous ce nom les accidents tant locaux que généraux qu'elle détermine. Le rapprochement s'impose aujourd'hui entre les infections urinaires et les infections chirurgicales.

Cette bactérie a été trouvée dans la plupart des urines pathologiques, seule ou accompagnée d'autres micro-organismes; on l'a retrouvée 78 fois, sur 79 autopsies, dans l'urine du bassinet; elle se rencontre aussi dans les parois vésicales, dans les abcès urineux, dans le parenchyme rénal, où elle existe seule. Par contre, on ne l'a jamais trouvée dans les urines des sujets sains, même à l'autopsie.

Elle a pu être inoculée à des animaux (cobayes, lapins, souris) et, chez eux, on a retrouvé cette bactérie à l'état de pureté, tant dans les abcès que dans les urines On a constaté des variations de virulence suivant les cultures, ce qui explique la gravité variable des accidents et quelques insuccès d'inoculation. Les caractères de ce micro-organisme sont les suivants : bactérie polymorphe, mobile, facile à colorer et à cultiver dans divers milieux, ne liquéfiant pas la gélatine sur laquelle elle donne une culture blanche assez étendue en profondeur.

Il résulte de ces recherches que cette bactérie est un organisme pyogène et infectieux, fréquemment seul dans les urines des malades dits urinaires, chez lesquels elle produit les cystites et les pyélites. Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang, elle se localise secondairement dans la substance corticale. Introduite dans le sang, elle cause des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels.

Il faut donc que l'asepsie soit rigoureuse dans les opérations pratiquées sur les voies urinaires, et surtout dans le cathéthérisme. Avant toute opération interessant l'appareil urinaire, un examen bactériologique des urines est indispensable.

Ce micro-organisme a été retrouvé dans diverses autres affections suppuratives (abcès du ligament large post-puerpéral, etc.). Il n'est, du reste, pas le seul qui puisse produire une néphrite infectieuse suppurée; ainsi, chez deux lapins à qui on avait pratiqué la ligature d'un uretère sans précautions antiseptiques, on a trouvé une néphrite produite par des microcoques; dans ces deux cas, il y avait des abcès miliaires dans le rein opposé, indice certain de la généralisation du microbe. Un cas d'infection par des streptocoques a été observé chez l'homme.

— M. Lancereaux commence la lecture d'un travail sur la filariose, maladie produite par la *filaria sanguinis hominis* (Lewis). Les principaux symptômes sont : la tuméfaction des ganglions lymphatiques, la chylurie, l'hématurie et la présence des filaires dans le sang. Les lésions portent sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques et sur les séreuses.

On trouve dans les aines une tumeur volumineuse formée par les ganglions transformés en véritable tissu caverneux comparable aux vésicules séminales par suite de la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Il s'en écoule un liquide lactescent qui, à l'air,

ne tarde pas à se coaguler, et qui présente tous les caractères de la lymphe. Le tissu cellulo-adipeux, réunissant les ganglions, leur donne l'aspect d'une masse unique, plus ou moins dure suivant leur état de replétion.

Les lymphatiques voisins présentent des altérations analogues : ceux du scrotum surtout deviennent gros, moniliformes; la circulation ne s'y fait plus à cause de leur obstruction par les œufs et les débris du parasite; il en résulte une infiltration et une irritation cutanée suivie d'épaississement de la peau. Cependant il y a lieu de croire que ce n'est pas le seul parasite capable de déterminer des lésions éléphantiasiques.

Les cavités séreuses sont plus rarement prises; par ordre de fréquence, ce sont : la tunique vaginale, le péritoine, la plèvre. La filaire est la cause de ces hydrocèles doubles à contenu lactescent, de transparence douteuse; l'ascite chyleuse n'est pas rare, mais elle ne doit pas être toujours rapportée à la filariose.

Les filaires sont très abondantes dans le sang, l'urine, la sérosité. On peut en trouver 30 à 40 dans une goutte de sang. Mackenzie a estimé de 36 à 40 millions leur nombre dans l'organisme d'un malade.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

De l'influence des traumatismes dans l'étiologie des ulcères de l'estomac. (*Zeitschrif für kl. Med.* XII, page 592).

L'auteur (Ritter) a fait quelques expériences sur les animaux à la suite d'un cas d'ulcère stomacal observé chez l'homme et déterminé, suivant toute probabilité, par un choc dans la région hypogastrique.

Il a opéré sur des chiens. L'animal, endormi par le chloroforme, recevait plusieurs jours de suite, des coups, des heurts modérés sur la région hypogastrique ; puis, après plusieurs autres jours il était sacrifié. A l'autopsie on voyait sur la partie antérieure de l'estomac une tache d'un rouge obscur qui n'était que la trace d'une hémorrhagie sous-muqueuse ainsi que l'a établi l'examen microscopique. A l'aide du temps le suc gastrique agissant sur une muqueuse détachée des membranes sous-jacentes doit produire un ulcère.

Comme conclusion, la contusion chronique de la région stomacale (celle produite surtout par le busc du corset) doit, suivant l'auteur, entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'ulcère de l'estomac. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. Callot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch Wal et Arnould sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Festal et Métaxas, dont la délégation est expirée ; Delbet, Villemin et Potherat, appelés à d'autres fonctions, et Demoulin, démissionnaire.

— M. le docteur Millet vient d'être élu conseiller général du canton de Saint-Pardoux (Dordogne) et M. le docteur Fabre, conseiller général du canton de Labruguière (Tarn).

— Le jury de l'exposition internationale d'Ostende vient d'attribuer le premier prix de mérite, médaille d'or, à M. Alexandre Lavoix, l'inventeur des *Pastilles Alexandre*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur la récente communication faite à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine par M. Pasteur. La découverte du vaccin chimique du choléra, faite par M. le docteur Gamaleïa (d'Odessa), est une nouvelle et éclatante confirmation des doctrines pastoriennes. En effet, M. Gamaleïa est un élève du laboratoire de M. Pasteur; il est venu y passer plusieurs mois, en particulier en 1886, y a étudié les procédés de préparation des virus et vaccins chimiques, entre autres celui de la rage, et a ensuite installé à Odessa un magnifique laboratoire de bactériologie où il a mis en pratique les préceptes qu'il avait puisés dans celui de la rue d'Ulm.

C'est donc en appliquant au choléra deux grands principes de la méthode expérimentale pastorienne, celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques, que M. Gamaleïa est arrivé à trouver le virus atténué qui confère l'immunité cholérique.

Le savant médecin russe est tellement convaincu de l'exactitude de ses recherches et de l'efficacité de ses résultats, qu'il s'offre comme sujet d'expérience pour trouver la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine; de son côté, M. Pasteur, après avoir étudié le mémoire de M. Gamaleïa, n'a pas cru trop s'avancer en le présentant à l'attention du monde savant; on peut donc espérer que les recherches comparatives qui seront faites dans le laboratoire de M. Pasteur confirmeront les résultats annoncés par M. Gamaleïa, et que bientôt, pour le choléra comme pour la rage, etc., les praticiens auront à leur disposition des vaccins chimiques.

L.-H. P.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

La quatrième question posée par le Congrès, sur le *diagnostic de la tuberculose*, a été scindée en deux, le diagnostic de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Sans doute, la présence des bacilles dans les produits d'excrétion des tuberculeux suffira toujours pour faire diagnostiquer sûrement la tuberculose; mais cette condition n'est que rarement réalisée au début de l'af-

fection, et il faut chercher ailleurs des signes de présomption ou de certitude.

Parmi les signes de présomption, M. le docteur Espina y Capo a attiré l'attention sur le développement de la cage thoracique; si le périmètre de celle-ci, au niveau de l'aisselle, n'atteint pas 74 centimètres, et 78 centimètres au niveau de l'appendice xyphoïde; si la distance d'un mamelon à l'autre est inférieure à 17 ou 19 centimètres, on peut en conclure en faveur d'une tuberculose plus ou moins avancée. Dans les cas douteux, le sphygmographe peut aussi donner d'utiles renseignements, lorsqu'il y a hémoptysie; l'ascension systolique et les variations dans le sommet et dans la chute, peuvent donner le diagnostic différentiel entre les diverses lésions des orifices valvulaires et la tuberculose, dont les premiers stades ont seuls une influence sur le dicrotisme.

D'après M. Landouzy, certains individus apportent en naissant une opportunité à contracter la tuberculose, et d'autres la contractent après certaines maladies, la variole, par exemple; la connaissance de cette opportunité innée ou acquise est donc importante pour le diagnostic précoce de la tuberculose. Les premiers présentent ce qu'on appelle le *type vénitien* et sont très fréquemment atteints. C'est un fait d'aptitude analogue à beaucoup d'autres en microbiologie. Ces sujets étant suspects, on peut porter le diagnostic à la première atteinte, et le pronostic est grave. Il faut les écarter tout spécialement des foyers où ils peuvent prendre ou communiquer la tuberculose. Les seconds, anciens varioleux, sont également des candidats à la tuberculose; sur plus de 300 malades, 11 variolisés seulement n'avaient pas la tuberculose, mais ils étaient jeunes et appartenaient aux clases riches; les 3 seuls d'entre eux qui appartenaient aux hôpitaux étaient des cardiaques. Le variolisé ne doit donc pas entrer en contact avec des tuberculeux, aussi M. Landouzy n'accepte-t-il pas dans son service des infirmières même robustes qui présentent des cicatrices de variole. Cette prédisposition créée par la variole est donc une raison de plus de demander aux pouvoirs publics d'exiger la vaccination.

Les signes de certitude, en l'absence de la découverte du bacille au microscope, s'obtiennent par l'inoculation au lapin ou au cobaye. M. Arloing a employé ce moyen sur une large échelle dans le service de M. le professeur Ollier, pour s'assurer de la nature et du pronostic de certaines adénites strumeuses, de cas divers de tuberculose chirurgicale, articulaire ou autre, et de scrofulides cutanées. Quand l'inoculation des produits morbides, provenant de l'opération et insérés sous la peau ou dans le péritoine, restait négative, on concluait qu'il s'agissait d'une affection scrofuleuse et on portait un pronostic favorable; lorsque cette inoculation, au contraire, donnait un résultat positif plus ou moins rapide, on concluait à une affection tuberculeuse et on portait un pronostic grave. Presque toujours ce pronostic a été confirmé par la marche ultérieure de l'affection. S'ensuit-il qu'il existe chez l'homme une affection tuberculeuse distincte de la tuberculose vulgaire? M. Arloing répond que rien ne démontre qu'il s'agisse, dans les deux cas, de micro-organismes différents; il croit plutôt qu'il s'agit de degrés divers de virulence que l'expérimentation sur l'animal peut seule démontrer; il semble que le bacille tuberculeux soit moins infectieux dans le derme que dans les viscères.

A ce point de vue, M. Nocard est plus affirmatif que M. Arloing, car il prétend qu'il s'agit bien dans les deux cas d'un même micro-organisme,

atténué dans un cas, virulent dans l'autre ; on comprend, du reste, qu'un suc pauvre en bacilles, comme celui des lésions scrofuleuses, ne donne que des résultats atténués, ou n'en donne pas du tout. La clinique apprend aussi que certains scrofuleux peuvent succomber à des lésions tuberculeuses ou même à la granulie; en pareil cas, il est plus probable que les tissus malades ont perdu leur vitalité, leur résistance, qu'il n'est logique d'admettre que le bacille a récupéré sa virulence.

Les résultats fournis par l'expérimentation peuvent d'ailleurs varier suivant le mode de préparation des cultures et certains procédés opératoires. Ainsi M. Daremberg, ayant inoculé des lapins avec une culture de tuberculose, restée par hasard exposée à la température de la chambre pendant quelques jours, n'obtint chez ces animaux que des tuberculoses locales, tandis que des lapins jeunes et les cobayes moururent en vingt à vingt-cinq jours.

M. Leloir, de son côté, pense que les résultats de l'inoculation diffèrent suivant le lieu où elle est pratiquée ; ainsi, des fragments de lupus inoculés sous la peau ne donnèrent aucun résultat, tandis qu'il obtint des résultats positifs par l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. Mais, le procédé le plus pratique étant l'inoculation dans le péritoine du cobaye, et ce procédé restant négatif dans la plupart des cas, M. Leloir fit un jour par hasard ce qu'il appelle une insertion *hypodermo-épiploïque*, c'est-à-dire qu'il plaça dans le péritoine un fragment de lupus qui en ressortit, entraînant une lame d'épiploon et se fixa sous la peau. Dans ce cas, la tuberculose locale s'est produite rapidement. Il est probable que la vascularisation de l'épiploon favorise alors le développement du bacille ; aussi M. Leloir emploie-t-il maintenant avec intention cette méthode qui n'avait d'abord été qu'un fait accidentel.

M. Solles (de Bordeaux) recommande, dans les cas obscurs, avant l'apparition des grosses lésions pulmonaires, l'inoculation des crachats aux cobayes, qui sont des réactifs extrêmement sensibles et rapides de la tuberculose humaine.

Cette inoculation dans le péritoine des cobayes est aussi conseillée par M. Verneuil dans les cas de lésions chirurgicales dont la nature est douteuse; par exemple, certains abcès froids ne sont pas tuberculeux ou peuvent, une fois échauffés, prendre les allures des abcès chauds ; il en est de même pour les gommes, les lésions ganglionnaires, certaines épididymites, etc., ou bien une lésion peut avoir été tuberculeuse et cesser de l'être. Deux procédés sont à la portée du médecin praticien : la recherche du bacille, l'inoculation. Le premier procédé n'est pas toujours réalisable ; de plus, on ne trouve pas toujours le bacille. L'inoculation, au contraire, est fort simple à pratiquer : par l'inoculation intra-péritonéale des cobayes, on voit déjà des lésions tuberculeuses très nettes dès le douzième jour, en moyenne, tandis que, par les procédés habituels chez le lapin, elles ne sont parfois manifestes qu'après un temps fort long. Aussi M. Verneuil conseille-t-il aux chirurgiens praticiens d'employer ce moyen, qui les renseignera utilement sur le diagnostic et la thérapeutique à instituer.

La technique et les résultats de ce procédé ont été exposés par son chef de laboratoire, M. Clado : il suffit de prendre une pipette Pasteur chargée de produits suspects, et de l'introduire dans la cavité péritonéale, après avoir rasé les poils de la paroi abdominale. On acquiert souvent ainsi des résultats très importants dans des cas suspects, synovites, abcès, urines

purulentes, etc. Le dixième jour, on constate déjà sur la rate un semis de granulations caractéristiques; c'est, en effet, cet organe qui est presque toujours le premier atteint, la tuberculose expérimentale se localisant dans la partie sus-ombilicale du péritoine; la tuberculose pulmonaire n'apparaît jamais que tardivement, encore se produit-elle par l'intermédiaire du diaphragme.

M. Clado présente en outre des tubes d'agar-agar glycériné où se sont développées de nombreuses colonies de staphylococcus pyogenes aureus provenant d'un abcès froid tuberculeux; le pus de ces abcès, recueilli après injection dans ceux-ci d'éther iodoformé et ensemencé, ne produit plus aucune colonie microbienne.

Au point de vue clinique, le diagnostic différentiel de la tuberculose a fait l'objet de deux intéressantes communications de MM. Vargas (de Madrid) et J. Jeannel (de Montpellier). Une jeune fille observée par M. Vargas avait eu des crachats sanguinolents et des frissons avec fièvre légère, et présentait de la matité au sommet droit, mais sans aucun bruit anormal; on porta le diagnostic de tuberculose et on institua le traitement en conséquence, lorsqu'un jour la malade rendit trois concrétions du volume d'un gros pois, semblables à de la magnésie, et fut guérie.

C'étaient des concrétions bronchiques accompagnées de phénomènes simulant ceux de la tuberculose pulmonaire au début.

M. le docteur J. Jeannel a établi le diagnostic de la fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, qu'on peut confondre avec la fièvre typhoïde et avec l'embarras gastrique fébrile. Mais elle s'en distingue par la température, qui monte dès le premier jour à 39°, à 40° le second, reste à ce degré quelques jours, puis descend brusquement, laissant le malade couvert de sueurs profuses. Cette température rappellerait plutôt les accès paludéens que la fièvre typhoïde. Elle s'en distingue encore par les symptômes cérébraux : l'intelligence est conservée et il n'y a pas de stupeur. Enfin, ces fièvres tuberculeuses cèdent à l'antipyrine, tandis que celle de la fièvre typhoïde résiste à ce médicament.

Au cours de ses expériences, M. le docteur Solles a encore trouvé des cultures de poumon tuberculeux humain qui prenaient une coloration verte très accusée; cette coloration était due à un micro-organisme rappelant, par ses apparences, le bacille de Koch, mais en différant cependant beaucoup par ses réactions. L'étude de ce microbe, qui n'est pas encore décrit et qui est très toxique, sera complétée plus tard.

Le diagnostic de la tuberculose chez les animaux a été étudié par MM. Cagny, Grissonnanche et Nocard. Nous n'insisterons pas sur ces communications, malgré leur intérêt au point de vue vétérinaire. M. Grissonnanche croit que l'examen clinique peut suffire à lui seul; MM. Cagny et Nocard sont d'avis que, le plus souvent, il faut y joindre l'inoculation au cobaye.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DES PROGRÈS DE LA LARYNGOLOGIE, DE SES ORIGINES JUSQU'A NOS JOURS, par GORDON-HOLMÈS. — Bruxelles, Manceaux, 1887.

L'auteur, dans ce petit livre tout d'actualité, divise tout naturellement l'histoire de la laryngologie en deux époques : l'âge prélaryngoscopique et l'âge laryngoscopique. Dans

la première de ces périodes, il établit des époques et passe successivement en revue, pour chacune d'elles, l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique laryngées. Dans les temps les plus anciens il est curieux de voir les Asclépiades qui n'avaient aucune notion de la structure du larynx diviser empiriquement les maladies de la gorge avec une grande exactitude. C'est Galien qui le premier décrivit minutieusement et presque complètement le larynx et ses fonctions. En même temps apparaît en thérapeutique l'idée d'ouvrir la trachée pour supprimer la dyspnée dans la cynanche et Anthyllus, qui vivait deux siècles après Galien, a laissé un manuel opératoire de cette intervention qui ne fut, cependant, peut-être pas mise en pratique avant Antonio Musa Brasovola (1490-1554 ?). Vesale, Morgagni, Santorini firent faire à l'anatomie du larynx des progrès qui sont connus de tous. On sait que, quoiqu'il y ait eu antérieurement quelques travaux isolés, l'invention du laryngoscope est due à Garcia (1854) et que ce fut Csermak qui l'appliqua à la pathologie. A partir de cette découverte les travaux se multiplient et nous ne pouvons, pour leur exposé, que renvoyer au livre de M. Holmès. — P. C.

Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil. Tome II, 1er fascicule. — Paris, G. Masson, 1888.

Ce volume contient, comme les précédents, un certain nombre de mémoires intéressants dont nous allons analyser les principales conclusions.

La tuberculose du premier âge a été étudiée par le docteur H. Leroux d'après des observations inédites du professeur Parrot. L'auteur admet, ainsi que d'autres récents travaux l'ont montré, qu'il faut réformer l'opinion récemment émise sur la rareté de la tuberculose et en particulier de la méningite tuberculeuse dans le premier âge. Vient ensuite un mémoire important du professeur Cornil sur la tuberculose des organes génitaux externes de la femme.

M. le docteur Pierre de Toma a recherché s'il y avait antagonisme entre le bacterium termo et le bacille tuberculeux. Il est arrivé à cette conclusion que le bacille de la tuberculose est détruit par le processus de putréfaction, mais que le bactérium termo n'y est pour rien.

M. Solles a fait des expériences sur l'influence de l'érysipèle de l'homme sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye dont il ralentit l'évolution.

Le mémoire de M. F. Berlioz est consacré à des recherches expérimentales sur la vaccination et la guérison de la tuberculose et celui du docteur Morel-Lavallée à la scrofulo-tuberculose de la peau. Signalons, en outre, des travaux de M. Renaut et de M. Riel sur la pneumonie tuberculeuse, une note de M. Avendano sur un ulcère tuberculeux de l'avant-bras survenu par inoculation accidentelle et une étude importante de M. Villemin sur l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose.

Les nouveaux traitements de la tuberculose ont actuellement donné lieu à des recherches intéressantes ; MM. Lépine et Paliard, MM. Moreau et Cochez, semblent avoir définitivement établi que l'acide fluorhydrique n'a guère qu'une action eupeptique, tandis que, par contre, le tannin semble de plus en plus utile d'après les expériences de MM. Raynaud, Arthaud et Checcherelli.

Le volume se termine par un mémoire du professeur Verneuil sur le traitement de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose de l'épididyme et du testicule et un index bibliographique des travaux publiés en 1887 sur la tuberculose par le docteur L.-H. Petit. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophthalmique et l'hystérie. — On sait que l'ophthalmoplégie externe consiste dans la paralysie des muscles moteurs du globe

de l'œil, avec intégrité possible des fonctions du releveur de la paupière et conservation constante des mouvements du constricteur de la pupille et du muscle de l'accommodation.

Ce syndrome peut s'observer chez les individus atteints à la fois de goître exophthalmique et d'hystérie, d'hystérie seule, de goître exophthalmique seul.

Dans ces cas, l'opthalmoplégie externe signifie qu'il existe une paralysie des nerfs moteurs oculaires, dont la cause, certainement centrale, réside au niveau ou au-dessus de l'origine réelle de ces nerfs.

La coïncidence possible de l'ophthalmoplégie externe et du goître exophthalmique constitue dès lors un argument en faveur de la théorie qui rattache la maladie de Basedow à un trouble du système nerveux central, particulièrement à un trouble bulbaire.

On peut d'ailleurs observer, chez les individus atteints de goître exophthalmique, la paralysie des autres nerfs moteurs émanés de la moelle allongée, branche motrice du trijumeau, nerf facial, nerf grand hypoglosse. Ces symptômes inconstants ont la même signification pathogénique que l'ophthalmoplégie.

Les troubles habituels de la maladie de Basedow relèvent eux-mêmes de paralysies bulbaires nucléaires, paralysie nucléaire du pneumogastrique, qui engendre la tachycardie et quelquefois la dyspnée, les troubles gastriques; paralysie des centres vasomoteurs qui donne naissance aux poussées congestives de la face et du cou.

Le goître et l'exophtalmie résultent de la coïncidence de ces deux ordres de troubles : paralysie vaso-motrice et tachycardie.

Ces diverses paralysies ne dépendent pas d'une lésion matérielle. Ce sont de simples troubles fonctionnels susceptibles d'amélioration ou d'aggravation, de guérison et de récidives.

Il résulte de ce qui précède que la maladie de Basedow est, avant tout, une névrose bulbaire.

Souvent, cependant, les troubles fonctionnels se diffusent au delà de la sphère d'action de la moelle allongée : aux désordres d'origine bulbaire s'ajoutent alors des troubles d'origine médullaire ou corticale.

La maladie de Graves s'associe fréquemment à d'autres névroses : hystérie, épilepsie, vésanies. Cela tient à ce qu'il y a, entre ces affections et le goître exophthalmique, affinité de nature. Toutes, en effet, font partie de la famille névropathique (Charcot, Féré) et se développent sur un terrain préparé d'ordinaire de longue date par une hérédité défectueuse. — Gilbert Ballet. (*Revue de médecine*, mai et juillet 1888.) — P. L. G.

MALADIES DES ENFANTS.

Les porencéphalies. — Les conclusions suivantes d'un important mémoire de M. Audry méritent d'attirer l'attention.

Les porencéphalies, pertes de substance profondes qui détruisent les circonvolutions et pénètrent souvent jusqu'aux ventricules, sont la conséquence d'un certain nombre d'altérations diverses. Elles peuvent être le résultat d'un arrêt de développement, d'une hydrocéphalie extrême, d'une embolie ou d'une hémorrhagie, d'une encéphalite, d'une anémie profonde de l'encéphale. Ces désordres agissent de préférence à la période fœtale de l'existence, le cerveau présentant, à cette époque de la vie, une fragilité des éléments anatomiques qui facilite sa destruction.

On peut admettre avec Kundrat l'influence de l'encéphalite consécutive à l'anémie intense des circonvolutions, à condition de ne pas localiser, autant que cet auteur, les pertes de substance dans les divers territoires vasculaires. D'autre part, il convient d'insister sur une forme de porencéphalie double qni appartient surtout au fœtus. Celle-ci se caractérise par la destruction de l'étage antéro-supérieur des hémisphères, la persistance de la tige cérébrale et la fréquence des déformations crâniennes.

L'infiltration celluleuse (Cotard) et l'infiltration gélatineuse semblent, dans quelques cas, être un des premiers stades de la lésion.

Les porencéphalies sont relativement fréquentes. Les antécédents héréditaires sont très rarement signalés; cependant la syphilis a peut-être quelque influence. Le trau-

matisme a, dans un certain nombre de cas, provoqué l'affection, comme l'ont déjà remarqué Cotard et Kundrat.

Les symptômes principaux, qui relèvent des pertes de substance et des désordres secondaires, sont l'idiotie, les paralysies et les contractures. L'idiotie appartient surtout à la forme fœtale. L'intelligence est d'ailleurs restée saine dans un certain nombre de cas, le plus souvent postérieurs à la naissance (Kundrat). Les paralysies adoptent surtout le type de l'hémiplégie spasmodique infantile; elles peuvent exister au moment de la naissance.

Il faut encore signaler la fréquence des attaques convulsives qui revêtent des formes diverses, celle des atrophies.

Les troubles de la parole sont habituellement le fait de l'idiotie, mais on peut rencontrer une aphasie véritable.

Les troubles de l'ouïe, de la sensibilité générale et surtout de la vue (amaurose, strabisme et nystagmus) ont été rencontrés.

Les déformations crâniennes ne sont pas rares (hydrocéphalie, microcéphalie, voussures, dépressions, aplatissement de la région frontale).

Les formes cliniques de la maladie sont très variées. Les deux plus fréquentes sont celles qui présentent le tableau de l'idiotie et de l'hémiplégie infantile. Il faut aussi rappeler celles qui simulent le tabes spasmodique de l'enfance et les cas latents.

Le diagnostic de la porencéphalie est très difficile. On peut confondre l'affection avec les maladies qui s'accompagnent d'idiotie, surtout avec la sclérose cérébrale atrophique. Cependant cette dernière est moins fréquente, date généralement d'une époque de la vie plus avancée, et ne s'accompagne guère de déformations crâniennes.

Les lésions du cerveau qui donnent naissance au syndrome de l'hémiplégie spasmodique infantile, les tumeurs, le ramollissement, l'hémorrhagie, l'encéphalite, peuvent facilement donner le change; mais la porencéphalie a pour elle la fréquence des troubles intellectuels et souvent un début plus hâtif.

Le tabes spasmodique infantile, qui relève habituellement d'un accouchement prématuré, reconnaît ainsi une étiologie particulière. D'autre part, il respecte habituellement l'intelligence, du moins dans le type spinal pur.

Les porencéphalies sont fort graves. Elles entraînent souvent la mort du fœtus ou du nouveau-né. Un certain nombre de patients peuvent, il est vrai, jouir d'une longue existence, mais la plupart présentent des troubles cérébraux profonds. Ces derniers malades sont souvent enlevés par la phthisie. — AUDRY. (*Revue de médecine*, juin et juillet 1888.)

Paralysie faciale des nouveau-nés. — Chez les nouveau-nés, il existe au moins trois formes différentes de paralysie faciale périphérique :

1° Les paralysies causées par l'application du forceps;

2° Les paralysies causées par un travail lent, une conformation vicieuse du bassin ou par une tumeur intra-pelvienne;

3° Les paralysies, généralement accompagnées d'une diminution de l'ouïe, qui sont vraiment congénitales.

Tandis que les deux premières permettent un assez bon pronostic, quant à une guérison complète, la dernière est incurable et reste pendant toute la vie; les troubles fonctionnels qui l'accompagnent ne sont pas grands, parce que le sujet apprend à s'y accoutumer, n'ayant jamais connu une fonction normale du côté paralysé. Mais quand l'accoucheur a constaté chez un nouveau-né une paralysie faciale périphérique qui n'est pas causée par l'application du forceps, il fera bien, en général, de réserver son pronostic, car si l'affection est le résultat d'une pression, elle disparaîtra, en général, mais si elle est vraiment congénitale, elle persistera toute la vie. — STEPHAN. (*Revue de médecine*, juillet 1888.)

De la pleurésie chez les enfants du premier âge. — La pleurésie chez les enfants du premier âge est facile à reconnaître si l'on y pense, mais il est, par contre, très difficile d'évaluer avec une certaine précision la quantité du liquide; pour ce point

spécial du diagnostic, aussi bien d'ailleurs que pour affirmer l'existence même de la pleurésie, la percussion a plus de valeur que l'auscultation.

Le diagnostic de la purulence du liquide est difficile à établir : l'amaigrissement progressif de l'enfant, l'état cachectique doivent la faire soupçonner. La ponction exploratrice, qui est d'ailleurs exempte de dangers, lèvera les doutes.

Si l'enfant diminue de poids, alors même que l'épanchement paraît simplement séreux, il ne faut pas hésiter à évacuer cet épanchement par la ponction. Si la pleurésie est purulente, la ponction est encore plus indiquée; mais, si l'épanchement se reproduit, et surtout si l'état général reste mauvais, il ne faut pas tarder à faire l'empyème avec lavage antiseptique. — SEVESTRE. (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1888.) — P. L. G.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887).

7 novembre 1887. — M. CLÉMENT se propose d'étudier successivement la race lyonnaise, son mode d'accroissement, son mouvement démographique et enfin les maladies qui l'ont frappée de 1872 à 1887.

La première partie de son ouvrage, celle qu'il communique à la Société, s'intitule : *Essai d'ethnographie de la population lyonnaise.* L'auteur y étudie les peuples qui ont contribué à former Lugdunum et les décrit dans tous leurs caractères.

Trois races dominent : Celtes, Ligures, Germains. M. Clément étudie ce qui reste dans les habitants de la ville de chacun de ces peuples. Les brachycéphales sont de beaucoup les plus nombreux, du moins si l'on en croit les chapeliers.

M. LACASSAGNE fait remarquer que le conformateur est peu utile quand il s'agit de la mensuration des crânes, car il est très difficile de le placer toujours d'une manière absolument identique. En outre, il n'existe pas d'élément anthropologique à cause des unions entre tribus ou races différentes.

M. DIDAY juge suffisantes des mesures prises avec le conformateur.

14 novembre. — M. ROLLET fait une communication sur une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a sévi au Collège et à l'Ecole normale de Cluny.

La population de l'établissement, élèves et personnel, était, au moment de l'invasion épidémique, de 235 individus, presque tous à l'âge qui prédispose le plus à la fièvre typhoïde. Il y eut 119 personnes atteintes et 12 décès. Aucun externe libre ne fût frappé. Dans une seule étude de moyens (enfants de 14 à 16 ans) située en contre-bas d'un bâtiment voisin, et bordée par un égout, il y a eu 15 malades et 6 décès.

La petite ville de Cluny était autrefois très salubre; et c'est seulement en mai 1886 qu'une épidémie de fièvre typhoïde éclata dans divers quartiers pendant qu'on exécutait sur les égouts un travail de curage. Depuis cette époque, la maladie ne se montra que sous forme sporadique dans la ville. L'Ecole normale et le collège ne présentèrent que quelques cas isolés.

L'épidémie qui se déclara le 7 juillet fut précédée d'un cas unique survenu, le 16 juin, cas qui resta unique pendant trois semaines.

Les matières fécales de ce premier malade, arrivèrent, par absence de fosse d'aisances, dans un égout distant de 3 ou 4 mètres seulement du puits de la cuisine. L'égout, qui de mémoire d'homme n'avait pas été curé, offrait aux bacilles un terrain de multiplication extrêmement favorable, un excellent milieu naturel de culture. Quant au puits, non seulement il était bien placé pour les recevoir, mais, affecté aux usages alimentaires, il était aussi très propre à les propager. En outre, l'eau du puits, en cas de sécheresse, était refoulée dans un réservoir qui fournissait toute la maison.

Les externes libres, épargnés, ne faisaient pas usage de l'eau de la maison. Les externes surveillés qui boivent pendant les récréations ont présenté huit malades.

L'analyse de l'eau a d'abord été faite par M. Bernard, professeur de chimie. Sans se prononcer d'une manière absolue, il admit que les eaux du puits de la cuisine avaient été souillées par des infiltrations. Il proposa de renoncer aux puits, de ne se servir que de l'eau du réservoir alimenté par des sources, mais d'une manière insuffisante.

Il conseilla de construire, à la source même, un autre réservoir en maçonnerie d'au moins 100 mètres cubes pour avoir de l'eau fraîche et suffire à tous les besoins de l'école.

M. Poncet examina les égouts et fut frappé de leur état lamentable. Non seulement l'eau ne circulait nulle part, mais il y avait une obstruction complète des embouchures des collecteurs et probablement d'une grande partie des canaux. Les vannes d'un moulin, par où passaient les eaux destinées à balayer les égouts, étaient rouillées et ne se levaient plus. D'ailleurs, auraient-elles fonctionné qu'il y aurait eu des arrêts et des reflux d'eau et mieux valait s'abstenir, comme on avait pris le parti de le faire pendant de longues années.

A l'École, comme dans la ville, il n'y a pas de fosses d'aisances et tout va à l'égout. Les cabinets, lors de la visite de M. Poncet, n'avaient pas d'eau. Les cuvettes étaient munies de soupapes métalliques qui ne fermaient pas, et les émanations des égouts, mal interceptées, pouvaient arriver librement dans les cabinets, et de là dans les dortoirs et dans tous les locaux habités.

Les matières qui encombraient les égouts étaient surtout très abondantes et très fétides près de l'infirmerie et de la cuisine, au voisinage du puits alimentaire. Les canaux, dont le fonds est dallé, ont été construits en bonne maçonnerie, mais ils étaient vieux et non étanches. Le sous-sol était plus ou moins pénétré de matières insalubres.

M. Poncet prescrivit le curage et le cimentage de tous les égouts, ainsi que la réfection des vannes qui devaient permettre de laver les collecteurs. Il demanda aussi que les tuyaux de chute des cabinets fussent munis de deux siphons et que des fermetures hydrauliques analogues fussent adaptées aux bouches d'égout et d'évier.

L'analyse microbiologique des eaux fut faite par M. Rodet. Dans quatre échantillons sur six, on trouva le bacille typhique. Les eaux des puits étaient contaminées ainsi que le réservoir servant à l'alimentation de l'école où l'eau de puits était refoulée en cas d'insuffisance.

Des mesures judicieuses ont été prises pour supprimer la cause de l'épidémie et rendre impossible sa réapparition. Les puits ont été condamnés. On a détruit leur communication avec le réservoir et ce dernier a été nettoyé et rempli d'eau de source.

Pour plus de sûreté, on a procédé à l'analyse bactériologique des eaux qui alimentent le réservoir. Le résultat a été des plus satisfaisants. L'eau renfermée dans le réservoir était au contraire extrêmement riche en micro-organismes; aussi conseilla-t-on des mesures complémentaires destinées à la rendre plus pure.

Il a été démontré que la fièvre typhoïde était bien réellement partie de l'infirmerie avec les bacilles d'Eberth, que de l'égout ceux-ci avaient passé dans le puits de la cuisine et de là dans le réservoir pour constituer une véritable épidémie de maison propagée par l'eau potable.

M. Bouchacourt fait remarquer que l'épidémie a été précédée de deux autres dévéoppées l'hiver d'avant, l'une à Bergé-la-Ville, petite commune distante de Cluny de 6 à 8 kil., et l'autre dans un faubourg de la ville de Pont-de-l'Etang.

M. Diday insiste sur la nécessité de l'inspection des égouts dans les établissements scolaires et hospitaliers.

M. Girin croit simplement au génie épidémique.

21 novembre. — M. A. Rey fait une communication sur un cas de *rétrécissement régulier du bassin* qui ne fut soupçonné qu'au moment du travail. Ce rétrécissement est d'environ 4 centimètres. Après échec du forceps, on pratiqua la version, dont le dernier temps ne fut possible qu'après la perforation du crâne.

M. Chassagny pense que le bassin présenté par M. Rey est un de ces bassins déformés par des travaux prématurés comme on en observe assez souvent chez les femmes de la

campagne, surtout dans les pays montagneux. Son forceps aurait permis de faire l'extraction et peut-être d'amener l'enfant vivant.

M. Pierret appelle l'attention de la Société sur les symptômes souvent transitoires engendrés par les *lésions nerveuses réputées guéries*. Elles constituent, en somme, de véritables cicatrices, et l'on voit assez bien que certaines d'entre elles peuvent donner naissance à des états convulsifs variés (épilepsie secondaire, partielle).

Ce que l'on voit moins bien, c'est que des cicatrices cérébrales ou spinales d'origine et de date quelconque peuvent, dans certaines circonstances, donner lieu à un véritable rappel des symptômes qui les avaient primitivement trahies. Il peut arriver que l'on rencontre dans la moelle ou le cerveau de personnes qui, au moment de leur mort, n'avaient présenté aucun symptôme maladif dans la sphère nerveuse, des scléroses semblables en apparence à celles rencontrées chez d'autres malades paraplégiques, choréiques, ataxiques, etc. Il y a pourtant, entre les deux, cette différence radicale que les premières sont guéries, les secondes en voie d'évolution. Mais ces scléroses guéries restent, comme on dit, à l'état d'épine et rappellent souvent leur présence par différentes manifestations. Ce sont des spasmes, des tremblements, des parésies qui occupent toujours le même siège que les accidents anciens. Il faut seulement remarquer que parésie et spasme peuvent se suppléer.

Au moment ou l'on parle si volontiers de phénomènes hystériques curables par différents moyens peu médicaux, il n'est pas inutile de rappeler aux praticiens qu'il est possible de prédire la disparition rapide et facile de symptômes parétiques et spasmodiques, qui sont dus à d'anciennes lésions, reproduisant leurs actions antérieures d'inhibition ou d'excitation. Il y a là matière à guérisons rapides et théâtrales.

Les lésions de ce genre peuvent être imputables à des causes diverses; au fond, cela importe peu, mais, en ce qui concerne la syphilis, il y a lieu d'en tenir compte d'une façon spéciale. Les syphilomes guéris laissent une cicatrice. Cette cicatrice n'a plus rien de spécifique, et le traitement mercuriel ou ioduré ne fait plus de bien ou fait du mal. On croit alors à une rechute, on redouble d'efforts spécifiques et le malade se décourage tout autant que le médecin. En fait, le syphilitique cérébro-spinal guéri de sa néoplasie syphilitique reste épileptique, paraplégique ou tabétique en puissance et doit être traité comme tel. L'indication thérapeutique ou pronostique doit changer du tout au tout. Mr Pierret cite à l'appui de son affirmation des observations concluantes, dont plusieurs lui ont été fournies par M. Diday.

M. Diday se rallie absolument aux idées émises par M. Pierret. Il signale des cas où, chez des ex-syphilitiques guéris, une émotion a pu suffire pour reproduire des crises épileptiformes analogues à celles ressenties à l'époque des complications cérébrales de la maladie. La preuve qu'il s'agit là d'un phénomène de rappel, c'est que ces individus ne présentent plus aucun symptôme syphilitique. Ce sont de vulgaires épileptiques dont les crises seront avantageusement combattues par les médicaments non spécifiques.

M. Rollet a observé des faits semblables à ceux relatés par M. Diday. On peut guérir d'une manière radicale des malades atteints de syphilis cérébrale ou médullaire, et le traitement spécifique par l'iodure de potassium et le mercure donne des résultats excellents. Mais parfois la guérison n'est pas complète et certains troubles fonctionnels (légère aphasie, paralysie incomplète) peuvent persister. Ces troubles, M. Rollet les a toujours rapportés aux cicatrices de lésions actuellement guéries, et il a remarqué dans plusieurs cas dont il se rappelle très bien tous les symptômes, que sous l'influence d'une cause vulgaire, telle que le refroidissement, le surmenage, etc., ces accidents pouvaient acquérir une plus grande acuité. Pour les combattre, le traitement spécifique est impuissant, et il faut avoir recours aux médicaments ordinaires, tels que le bromure de potassium, les révulsifs, l'électricité.

M. Diday demande à M. Pierret si l'ischémie ne pourrait pas expliquer certains des symptômes signalés.

M. Pierret n'admet pas, si ce n'est au début, la prétendue influence attribuée à l'ischémie.

Comme conséquence des faits précédemment énoncés, il pense que le traitement des lésions cérébrales syphilitiques doit être poursuivi, même après que toute manifestation de ces lésions a disparu. Puis qu'il y a sclérose consécutive, il faut faciliter le retour des fonctions nerveuses, et, pour ce faire, rendre de nouveau perméables les tubes nerveux. Debove, au moyen d'un aimant, a fait disparaître une hémiplégie de ce genre.

En résumé, quand on a affaire à une lésion syphilitique du cerveau, on doit avoir recours d'abord au traitement spécifique et ensuite combattre, et cela le plus rapidement possible, la lésion scléreuse, la cicatrice. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 août. — Présidence de M. Janssen.

M. Pasteur lit une remarquable communication de M. *Gameleïa* (d'Odessa) sur la *vaccination du choléra asiatique.* (Voir Académie de médecine, dans le précédent numéro).

Suivant le désir de M. Pasteur le travail du jeune et brillant physiologiste russe est renvoyé à la commission du prix Bréant, composée de tous les membres des sections de médecine et de chirurgie. On attendra pour prier M. Gamaleïa de venir à Paris répéter ses expériences dans le laboratoire de M. Pasteur devant la commission l'époque où tous ses membres seront de retour à Paris, c'est-à-dire le mois de novembre.

Sur l'état de fascination déterminé à l'aide de surfaces brillantes en rotation, par M. Luys. « — Il résulte de mes recherches, que l'action fascinatrice déterminée, chez les alouettes, par un miroir en rotation est susceptible de développer, chez l'espèce humaine et chez certains sujets névrosiques, des phénomènes analogues.

Il suffit, en effet, de mettre en présence d'un miroir à aloutes en rotation, un sujet névropathique quelconque, pour voir se développer chez lui un état de sommeil spécial et progressif, qui diffère du sommeil naturel, en ce sens que les sujets tombent en catalepsie avec anesthésie du tégument cutané.

Cet état de sommeil est d'autant plus profond que l'on prolonge plus longtemps l'action du miroir en rotation. Il est exempt d'inconvénients. Le réveil s'opère d'une façon très simple, en soufflant légèrement sur les yeux du sujet. Il est essentiellement sédatif du système nerveux. Il peut être appliqué avec succès, non seulement à tous les sujets névrosiques, mais encore à toutes les formes chroniques des maladies du système nerveux.»

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Laporte : Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose. — M. Aubry (Charles) : De la colique de plomb et de son traitement par les projections rectales d'éther. — M. Morvan : De la règle à suivre dans les abcès du foie ouverts dans les bronches. — M. Cuillé : Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans la péricardite avec épanchement. — M. Lafforgue : Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale. — M. Diacre : Onze mois de séjour à Lang-Son (Tonkin). — M. Letellier : Contribution à l'étude de la broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique. — M. Crozat : Mers et son eau minérale. — M. Touin : Contribution à l'étude des propriétés analgésiques de l'antipyrine. — M. Geffroy : Revue critique des divers criteriums qui ont été proposés pour la détermination de la responsabilité en matière criminelle. — M. Hédon : Étude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale. — M. Rolland : Sur un cas d'ostéo-arthropathie hyperostosique tardive chez un hérédo-syphilitique. — M. Pauliet : Considérations générales sur les glandes vasculaires sanguines. — M. Bastide : Les eaux thermo-minérales d'Hammam-Lif et

d'Hammam-Kourbès, et de leurs applications aux maladies chroniques. — M. Guilland : Recherches sur la nature de l'érythème noueux. — M. Guérin : Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, d'après les observations recueillies sur le croiseur l'*Hamelin*. — M. Carmouze : Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire. — M. Escoubès : Quelques recherches expérimentales sur les principaux alcaloïdes de l'opium. — M. Ramond : Effets des injections intra-veineuses de lait. — M. Lacoarret : Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. — M. Guy : De l'empyème; historique, indications, méthode antiseptique et chirurgicale. — M. Garnault : Contribution à l'étude de la morphologie de l'œuf et du follicule. — M. Nollet : Etudes sur la nature de la pelade, d'après quelques observations recueillies à l'hôpital de Cherbourg. — M. Pelletier : Contribution à l'étude de l'otite moyenne catarrhale subaiguë, et de son traitement chez les enfants. — M. Giberton : Essai sur quelques cas de coliques sèches, observées sur la côte occidentale d'Afrique (région intertropicale). — M. Charrier : Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier. — M. Grall : Contribution à l'étude des ovarites suppurées, pathogénie, marche, traitement. — M. Triaud : Considérations sur deux cas de luxation traumatique du genou. — M. Dodart : Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.

FORMULAIRE

Potion contre la migraine

Antipyrine	4	grammes.
Rhum vieux	20	—
Sirop de limon	30	—
Eau distillée	80	—

F. s. a. Une potion à donner par cuillerées à soupe dans la journée. — N. G.

COURRIER

Dans sa séance du 13 août, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions suivantes d'un rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier, sur l'emploi de la saccharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène :

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre ;

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif ;

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie ;

4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine, puissent être toutes bien déterminées ; mais, dès maintenant, il est établi que son usage a, sur la digestion, une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhagie aiguë.

TRAITEMENT MÉTHODIQUE.

Messieurs,

Quel que soit le traitement que nous employons pour combattre l'intensité de la blennorrhagie et pour en amener la guérison, le mode d'action de ce traitement peut toujours se résumer en ce fait : amener au contact de la muqueuse enflammée un médicament susceptible de faire tomber les phénomènes inflammatoires (c'est du moins ce que nous disions il y a quelques années) ou d'amener la mort du gonococcus, devons-nous ajouter aujourd'hui que le rôle du microbe dans la genèse de la maladie paraît s'affirmer tous les jours de plus en plus. Cette notion nouvelle sur la nature de la maladie vous explique pourquoi à la médication antiphlogistique, la seule employée jusqu'à ces dernières années, est venue s'ajouter la médication parasiticide.

Pour l'application de ces médications, deux manières de procéder fort différentes sont à notre disposition : tantôt, à l'aide des injections uréthrales, nous portons directement et rapidement sur le point malade les différents topiques prônés contre la maladie; tantôt recourant à un mode d'action beaucoup moins direct, nous confions à l'estomac des médicaments qui, absorbés par celui-ci et par l'intestin, seront éliminés par les reins et donneront à l'urine des qualités telles que son contact avec la muqueuse enflammée amènera la diminution de l'inflammation et la cessation de la suppuration.

L'un et l'autre de ces modes de traitement présente ses avantages et ses inconvénients; proscrire systématiquement l'un ou l'autre, comme l'ont voulu faire quelques médecins, serait se priver volontairement d'une ressource thérapeutique importante.

Les injections, en particulier, violemment critiquées, presque abandonnées à certains moments, ont été remises en grand honneur dans ces dernières années et joueront probablement toujours un rôle considérable dans le traitement de la blennorrhagie : n'est-il pas, en effet, bien naturel, ce mode de traitement qui consiste à aller porter directement à la surface d'une muqueuse enflammée le médicament destiné à faire tomber l'inflammation? N'est-ce pas à lui que nous recourons de préférence chaque fois qu'une muqueuse malade est abordable à notre intervention directe? Pour-

quoi procéderions-nous autrement pour la muqueuse uréthrale que pour les autres muqueuses? Les objections faites aux injections sont assurément nombreuses, quelques-unes même fort graves; mais la plupart n'ont aucune raison d'être et l'expérience de chaque jour en démontre la fausseté.

Le plus grand reproche qu'on ait fait aux injections uréthrales, à quelques-unes en particulier, est d'amener facilement une irritation profonde et durable de la muqueuse, susceptible d'entraîner à sa suite la formation d'un tissu cicatriciel, de ce tissu cicatriciel auquel est due la production des rétrécissements de l'urèthre, cette complication si grave et si légitimement redoutée d'un certain nombre de chaudepisses. Je ne m'arrêterai pas à combattre ce reproche depuis longtemps réfuté par Ricord; tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce fait qu'une injection bien faite n'a jamais produit de rétrécissement; la véritable cause de ce dernier, c'est l'inflammation blennorrhagique longtemps prolongée, évoluant avec persistance sur un point limité de la muqueuse. Quand je vous aurai montré que certaines injections peuvent abréger, abréger même sensiblement l'intensité et la durée de la blennorrhagie, je vous aurai démontré que, loin d'augmenter les chances de rétrécissement, elles doivent, au contraire, en diminuer la fréquence.

Les injections ont été accusées de prédisposer à la cystite, à l'orchite, de pouvoir provoquer l'addition de l'uréthrite postérieure à l'uréthrite antérieure en refoulant des parties antérieures vers les parties postérieures de l'urèthre les principes infectieux accumulés à la surface de la muqueuse, en les aidant à forcer la barrière que le sphincter uréthral oppose à leur cheminement : ce danger, réel si les injections sont poussées maladroitement, sera facilement évité pourvu que vous vous donniez la peine d'enseigner à vos malades l'art peu difficile de se faire convenablement une injection.

Les injections de poudres inertes ont été accusées de pouvoir fournir un noyau d'origine à la formation de calculs vésicaux : des particules solides poussées jusque dans la vessie seraient susceptibles de former un centre d'appel pour les formations calculeuses. M. Aubert (de Lyon) a vu plus d'une fois des malades rejeter à la fin de la miction urinaire d'épais magmas de bismuth formés manifestement dans le bas-fond de la vessie à la suite d'injections uréthrales; il ne voit pas pourquoi une partie de ce magma logée dans une anfractuosité de la vessie ne deviendrait pas le point de départ d'une concrétion, mais il avoue que ce n'est là encore qu'une vue de l'esprit et que cette crainte n'est basée sur aucun fait positif d'observation; il est du reste facile de ne pas pousser une injection jusque dans la vessie et par conséquent d'éviter ce danger.

En résumé, Messieurs, les objections faites aux injections uréthrales reposent sur des conceptions de l'esprit beaucoup plus que sur des faits d'observations; les quelques accidents, dans la genèse desquels l'intervention de l'injection a paru bien réelle, sont ordinairement dus à l'ignorance et à l'impéritie des malades; on pourra toujours les éviter en s'entourant de quelques précautions faciles à prendre. L'injection bien faite ne constitue pas une médication dangereuse; c'est légitimement qu'elle occupe une place importante dans le traitement de la blennorrhagie, et la doctrine parasitaire de cette maladie nous a permis d'en comprendre toute l'utilité.

La médication stomacale n'est du reste pas sans avoir aussi ses inconvénients; les médicaments, qui en forment la base, ont plus d'une fois agi d'une façon nuisible sur l'estomac ou l'intestin qui devaient les absorber,

sur les reins qui devaient les éliminer et amené une violente irritation de ces organes; les coliques, la diarrhée, voire même les vomissements d'une part, l'albuminurie de l'autre, ont été, chez quelques malades, à ce point accusés qu'ils ont constitué une véritable contre-indication à l'emploi de la médication interne. C'est pourquoi, Messieurs, il vous faut connaître les ressources variées que peuvent vous offrir et la médication interne et les injections pour pouvoir à l'occasion user de l'une ou des autres; pour pouvoir, suivant les cas, les alterner ou les associer.

Les *injections* le plus habituellement employées jusqu'à ces dernières années appartenaient à deux grandes classes, les astringentes et les isolantes. Dans la composition des premières entraient le nitrate d'argent, le sulfate de zinc élevé par quelques médecins à la hauteur d'un véritable spécifique de la blennorrhagie, l'alun, le tannin, le sulfate de fer, le vin; le sous-nitrate de bismuth formait la base habituelle des injections isolantes; l'oxyde de zinc et l'acétate de plomb avaient un pied dans l'un et l'autre camp.

Le nitrate d'argent était prescrit à la dose de 0 gr. 10 pour 200 grammes d'eau, quand l'effet qu'on poursuivait était une modification progressive de la muqueuse et l'extinction graduelle de la blennorrhagie; dans les injections dites abortives, qui avaient pour but de faire tomber immédiatement la chaudepisse, les solutions employées étaient très concentrées : Diday recommandait la solution au centième; Ricord allait jusqu'à 1 gramme de nitrate d'argent pour 60, voire même pour 30 grammes d'eau; Debeney dépassait même ces doses.

Parmi les formules le plus souvent prescrites, on peut citer celle de Diday :

Eau distillée	200 grammes.
Sulfate de zinc }	ââ 2 —
Tannin }	

C'est à Ricord qu'est due l'injection suivante qui jouit d'une vogue légitime :

Eau distillée	200 grammes.
Sulfate de zinc	1 gramme.
Acétate de plomb	2 grammes.
Laudanum de Sydenham }	ââ 4 —
Teinture de cachou }	

Vous nous voyez souvent employer l'injection aux trois sulfates :

Sultate de zinc }	
Sulfate de cuivre }	ââ 1 gramme.
Sulfate de fer }	
Eau	250 grammes.
Mucilage de gomme	10 —

Les injections au sous-nitrate de bismuth renferment habituellement de 2 à 5 grammes de ce sel pour 100 grammes d'eau.

Les agents les plus usuels de la médication indirecte ou par voie stomacale sont le copahu et le cubèbe: l'un et l'autre ont été parfois administrés à doses très élevées, 20 à 50 grammes pour le cubèbe, 15 à 20 grammes par jour pour le copahu alors qu'on les prescrivait au début de la maladie, dans les premières heures ou les premiers jours de son apparition, dans le

but de la faire avorter dans son développement. Le plus ordinairement, c'est à doses beaucoup plus modérées que ces médicaments sont prescrits, 15 à 30 grammes pour le cubèbe, 6 à 10 grammes pour le copahu; le but poursuivi n'étant plus de faire avorter brusquement la chaudepisse, mais simplement de hâter la guérison progressive de la maladie; assez souvent ces deux médicaments sont administrés simultanément à doses moindres pour chacun. C'était autrefois sous la forme de pâtes molles, connues sous le nom d'opiats, que les balsamiques étaient ordonnés; c'est aujourd'hui, le plus ordinairement sous la forme beaucoup plus agréable de cachets ou de capsules, que les pharmaciens les fournissent couramment. Il sera cependant quelquefois avantageux pour le malade de recourir aux anciens opiats, dont la qualité est souvent préférable; voici, en pareil cas, la formule recommandée par le professeur Fournier :

Cubèbe en poudre...........................	10 grammes.
Copahu..	3 —
Sirop de goudron..........................	q. s.

à prendre dans la journée sous forme de bols enveloppés dans du pain azyme ou roulés dans la poudre de réglisse.

Vous nous verrez souvent faire la prescription suivante :

Copahu..	ãã 50 grammes.
Cubèbe..	
Magnésie décarbonatée..................	q. s.

pour faire une pâte molle facile à réduire en bols; quatre à six bols dans le courant de la journée, au commencement des repas.

Quelle que soit, du reste, la forme sous laquelle vous pensiez devoir prescrire les balsamiques, il faut avoir soin de les faire prendre au moment même des repas; sinon, vous vous exposeriez à arriver promptement à l'intolérance gastrique.

La fameuse potion de Chopart :

Baume de copahu.........................	ãã. 60 grammes.
Alcool à 80°................................	
Sirop de Tolu...............................	
Eau de menthe..............................	120 —
Alcool nitrique.............................	8 —

à prendre trois ou six cuillerées par jour en trois fois

n'est plus que rarement ordonnée; cependant des syphiligraphes éminents, comme Diday, en usent encore quelquefois, mais avec modération.

Les médicaments que nous venons de passer en revue forment la base du traitement méthodique, jusqu'aujourd'hui encore classique, de la blennorrhagie; nous allons maintenant étudier les règles de ce traitement; elles reposent sur la connaissance exacte de l'évolution de la maladie.

(A suivre.)

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Questions diverses.

MM. Lannelongue et Hanot ont apporté de nouveaux et intéressants documents relatifs à la tuberculose du foie.

Dans une précédente communication, M. Lannelongue avait appelé l'attention sur les

abcès tuberculeux périhépatiques, provenant de la surface du foie; aujourd'hui, il rapporte trois faits démontrant que la tuberculose hépatique elle-même peut donner lieu à ces abcès. Au point de vue anatomique, il existe donc deux formes de tuberculose hépatique (en dehors des granulations) : la tuberculose par infiltration ou hépatite caséeuse et l'ulcération caverneuse ou l'abcès tuberculeux du foie. Au point de vue clinique, la tuberculose hépatique est sans signes propres, tant qu'elle est minime et limitée au foie; lorsqu'elle est compliquée d'abcès périhépatique, on peut la soupçonner; la seule existence d'un abcès tuberculeux périhépatique peut en éveiller l'idée. Comme traitement, il faut inciser le thorax, explorer le foie avec soin, l'inciser s'il y a le moindre doute sur son intégrité, réséquer au besoin le bord inférieur du thorax, sans rejeter pour cela dans les cas limités et bénins les moyens simples, tels que les injections d'éther iodoformé.

M. Hanot avait déjà démontré, avec M. Lauth, l'existence indubitable de cirrhoses qui par leurs caractères cliniques et anatomiques rappellent les cirrhoses vulgaires et qui cependant sont dues à la tuberculose. Un nouveau cas vient de lui permettre de préciser encore mieux les détails anatomiques et d'insister sur le mode de formation de cette variété de cirrhose.

La tuberculose des muqueuses a été étudiée à nouveau par M. Cornil au point de vue de l'introduction du virus tuberculeux par cette voie. Avec M. Dobroklonsky, il a vu que le bacille pouvait pénétrer dans l'organisme sans solution de continuité de ces membranes, avec intégrité du revêtement épithélial, dans l'intestin, dans le vagin, l'utérus, l'urèthre ou la vessie; des cellules migratrices, contenant des bacilles, peuvent pénétrer même à travers une couche composée d'épithélium stratifié.

M. Leloir a décrit trois nouvelles variétés atypiques du lupus vulgaris, qu'il désigne par les termes de colloïde, mucoïde ou myxomateuse, et scléreuse. Ce sont des formes atténuées de la tuberculose du tégument; la première et la roisième sont au lupus vulgaire classique ce que la tuberculose colloïde et la tuberculose scléreuse du poumon, décrites par Grancher, sont à la tuberculose vulgaire de cet organe. Ces formes sont dites atténuées, parce qu'elles ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre, parce que l'infection de l'animal en expérience se fait beaucoup plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai, et enfin que parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de lupus, l'inoculation peut être négative.

M. Leloir signale en outre une observation inédite, et unique dans la science, de lupus de la langue et du larynx, diagnostiqué par les dermatologistes les plus compétents.

MM. Hallopeau et Wickham ont observé une forme mixte de tuberculose cutanée, caractérisée par la présence simultanée de gommes et de nodules lupiques suppurés. Dans un cas où elle s'est développée à la suite d'une morsure de cheval, elle a été fort difficile à différencier du farcin chronique; le résultat négatif des inoculations et des cultures a pu seul juger la question. La cause prochaine qui amène la suppuration de ces produits tuberculeux ne réside ni dans les microbes du lupus ni dans le bacille de Koch, mais dans l'action de substances chimiques, des leucomaïnes dont ces bacilles amènent la production dans les tissus. C'est ainsi que doivent aussi s'expliquer la formation des lésions spécifiques de la tuberculose.

Chez certains enfants, M. Legroux a observé une polyadénite qui a précédé plus ou moins longtemps l'éclosion de la tuberculose méningée ou pulmonaire; ces ganglions siègent au cou, à l'aine, à l'aisselle, etc. Leur présence a une importance considérable, car elle permet de prévenir longtemps à l'avance l'éclosion des accidents mortels de la tuberculose et doit faire instituer immédiatement un traitement approprié pour éviter le développement de la phthisie pulmonaire.

M. Daremberg appuie l'opinion de M. Legroux. Il pense que certaines de ces adénopathies sont dues à des amygdalites qui sont elles-mêmes tuberculeuses. En effet, dans ces cas, le mucus amygdalien contient une vraie culture de bacille, et la polyadénite apparaît ensuite. On devrait prendre chez les enfants les mêmes soins pour les amygdales que pour les dents.

La méningite tuberculeuse est parfois difficile à reconnaître chez l'adulte, comme le

rappelle M. Kalindero, d'après les observations recueillies pendant son internat dans les hôpitaux de Paris, il y a vingt-deux ans. Il résulte de ces faits, outre cette difficulté du diagnostic, qu'il peut se produire chez l'enfant des poussées avortées de méningite, lesquelles ne laissent après elles que peu de traces, et que, chez l'adulte, ces formes frustes peuvent engendrer diverses variétés de vésanie. La méningite des adultes peut d'ailleurs se limiter à certaines circonvolutions et devenir chronique.

La grossesse, d'après M. Chambrelent, ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la méningite tuberculeuse. De son côté, la maladie, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et la santé du fœtus. Comme conséquence pratique, on peut donc provoquer l'accouchement si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi.

M. La Torre a recherché l'influence de la tuberculose des parents sur le développement du fœtus et a trouvé que, si le père est fort et de bonne santé, le fœtus arrive à terme avec un développement normal, quel que soit l'état de santé de la mère. Si, au contraire, le père est malade, le fœtus arrivé à terme est chétif, malgré la bonne santé de la mère. D'après des expériences sur des cobayes, le sperme tuberculeux est susceptible de tuberculiser l'ovule fécondé; donc le père tuberculeux peut transmettre au fœtus une prédisposition morbide fâcheuse (le terrain) et la maladie spécifique elle-même (la graine). La tuberculose généralisée du père est parfaitement capable d'enrayer le développement du fœtus.

La tuberculose ganglionnaire peut, d'après M. Duret (de Lille), revêtir trois formes cliniques, justiciables de procédés thérapeutiques différents : les formes fibro-caséeuse, caséo-tuberculeuse, et ulcérative ou fistuleuse. La première réclame l'extirpation, avec toutes les précautions que comporte la région dans laquelle on opère. Dans la deuxième, si les ganglions sont espacés, en chapelet, il faut traiter chaque ganglion isolément par l'ignipuncture; s'ils forment une seule masse agglomérée et compacte, M. Durel recommande d'attaquer la masse par une incision cruciale au fer rouge. Dans la forme fistuleuse, il faut débrider les trajets au thermo-cautère et cautériser les clapiers.

Ce mode de traitement diffère essentiellement de celui que préconise M. Verneuil, non seulement dans le traitement des adénopathies, mais encore pour d'autres lésions tuberculeuses.

Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied chez l'enfant, M. Redard préconise les opérations conservatrices : l'incision au thermo-cautère, la cautérisation profonde, le raclage, le drainage, la résection aseptique, les bains antiseptiques pour obtenir la guérison, presque toujours possible chez l'enfant.

M. Verneuil a toujours défendu ces idées : conservation des articulations tuberculeuses chez les enfants et surtout stérilisation du foyer avant d'y porter le bistouri, à l'aide des injections antiseptiques et surtout de l'éther iodoformé, puis immobilisation et antisepsie, tels sont les moyens qui suffisent généralement pour assurer la guérison. S'il vient de l'étranger des séries brillantes de résections suivies de succès, il faut savoir que souvent ces opérations auraient pu ne pas être faites et le malade conserverait ses articulations.

L'association des opérations, des pansements antiseptiques et du traitement interne a donné un excellent résultat à M. L.-G. Richelot chez un malade qui a été suivi pendant plusieurs années et qui a été une démonstration éclatante de ce qu'on peut faire d'un tuberculeux bien traité. Il s'agissait d'un malade qui a présenté au niveau du coude une série d'accidents suppuratifs tuberculeux, qui ont été successivement traités et guéris à mesure qu'ils se sont développés. Au cours de ces accidents locaux, il est même survenu des symptômes pulmonaires qui ont, pendant un temps, assombri le pronostic. Aujourd'hui, accidents locaux et menaces pulmonaires, tout a disparu et le malade est radicalement guéri.

Une autre observation de M. Le Dentu, relative à un cas de tuberculose des os de la face, plaide encore en faveur du traitement médical dans la tuberculose locale. Il s'agissait d'un homme atteint de fistules maxillaires suppurantes à gauche, d'ulcérations palatines mamelonnées, d'un aspect singulier. Le diagnostic de syphilis avait été écarté

à cause de la marche de la maladie ou de l'impuissance du traitement spécifique. L'existence d'une double surdité, compliquée d'écoulement auriculaire purulent à gauche, la présence de cicatrices scrofuleuses au cou, conduisit à admettre l'idée d'une tuberculose du maxillaire supérieur. Le traitement mis en œuvre fut tout entier médical et consista en badigeonnages quotidiens faits avec un glycérolé d'iodoforme à 1 pour 5, accompagnés d'introduction de mèches iodoformées dans les fistules. En même temps, on administrait des reconstituants au malade. Le résultat se fit promptement sentir et l'état local est aujourd'hui sensiblement amélioré.

Le mode de traitement de ces tuberculoses locales adopté par M. Trélat, d'après son élève M. Barette, consiste également dans l'incision suivie de grattage, ou dans l'injection d'éther iodoformé. Celle-ci prépare avantageusement l'autre pratique opératoire. Une injection d'éther iodoformé, faite huit jours avant le grattage, empêche le pus de se reformer dans la poche, rend les parois de celle-ci granuleuses rouges, faciles à gratter et à réunir. Enfin, l'injection d'éther iodoformé seule rend de grands services dans certains cas ; on peut observer, toutefois, quelques accidents, d'ordinaire sans signification fâcheuse : de petites eschares, des hémorrhagies de la paroi quand on pratique le grattage, enfin, des phénomènes généraux qu'on a vus aller jusqu'à la syncope.

D'après M. le docteur Vargas (de Madrid), la thérapeutique chirurgicale des affections tuberculeuses est beaucoup plus active en Espagne qu'en France ; on y poursuit les tuberculoses locales partout où elles naissent, fût-ce dans le cerveau ou dans le poumon.

(A suivre)

BIBLIOTHÈQUE

Psychiatrie : *Clinique des maladies du cerveau antérieur,* par le docteur Th. Meynert. Bruxelles, 1888.

Le premier volume de cet ouvrage, qui vient de paraître, est presque entièrement consacré à l'étude des formes et de la structure du cerveau. Les travaux personnels de l'auteur sont bien connus des savants français; ils les trouveront résumés et coordonnés pour la première fois. Cette première partie est des plus intéressantes, malgré une petite difficulté de lecture qui résulte des noms donnés à certaines circonvolutions, et qui diffèrent de ceux employés chez nous. M. Meynert expose ensuite les corollaires anatomiques et la physiologie de la structure du cerveau.

Nous ne pouvons ici que renvoyer au travail original qui, accompagné de nombreux schémas, expose un grand nombre de recherches souvent originales. On ne peut que souhaiter l'apparition rapide du tome II qui sera consacré à la clinique. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude clinique des localisations sensorielles, par le docteur Rondot. (*Gaz. heb. de Bordeaux*, 1888). — 1° Il existe, chez l'homme deux territoires de l'écorce du cerveau plus particulièrement dévolus aux perceptions visuelles :

A. La *zone externe* comprend comme centre intensif la *première* et la *deuxième circonvolution occipitale* : le *pli courbe et le lobule du pli courbe* lui appartiennent chez un certain nombre de sujets.

B. La *zone interne* est représentée par le *coin* et peut-être par le pied de la deuxième temporale adjacente.

2° Les lésions qui détruisent ces deux zones *opto-corticales* dans un seul hémisphère déterminent le plus habituellement l'*hémianopsie latérale du côté opposé,* mais peuvent également provoquer l'apparition d'une *amaurose uni-oculaire croisée,* comme l'auteur l'a observé pour un ramollissement du coin.

3° Ces symptômes peuvent se présenter avec des altérations *limitées à l'écorce* des

deux zones précitées aussi bien qu'avec les foyers du *centre ovale* interrompant la continuité des faisceaux optiques qui se rendent aux mêmes zones.

4° Les *lésions bilatérales* des sphères visuelles internes et externes s'accompagnent le plus souvent de *cécité subite et complète.*

5. Mais l'*abolition totale* de la vision s'est rencontrée plusieurs fois quand les foyers morbides n'intéressaient *qu'un seul hémisphère.*

6. Un certain nombre de faits semblent démontrer que toutes ces lésions destructives des zones opto-corticales et des faisceaux blancs sous-jacents n'entraînent pas constamment des phénomènes anormaux du côté de la vue et peuvent demeurer *latentes.* Les *vertiges* sont fréquents dans toutes les lésions des lobes occipitaux.

7° Ces conclusions s'appliquent aux traumatismes des régions occipito-pariétales de la voûte crânienne et permettent d'établir le diagnostic de foyers morbides intéressant la substance cérébrale des zones visuelles.

Atrophie musculaire aiguë simple, par le docteur A. Preetorius. (*Annales et Bulletins de ta Société de médecine d'Anvers*, avril 1887.) — Cette affection a été mentionnée pour la première fois par Lucke. (*Ueber die traumatische Insufficiens des muscle quadriceps. Deuts. Zeits. für Chir.* B. XVIII, 1882.) Elle est caractérisée par une atrophie qui se produit dans le triceps ou le deltoïde, après une chute ou une simple distension musculaire à la suite d'un mouvement forcé. Consécutivement, c'est là le point intéressant, il se produit facilement, quand il s'agit du triceps, une hydarthrose du genou qui résulte de la diminution de la pression extra-articulaire. La musculature de la jambe entière peut être prise et des changements se produisent même dans l'articulation rappelant les lésions de l'arthrite déformante. L'atrophie du deltoïde entraîne comme conséquences une pseudo-luxation axillaire qui finit par être irréductible et amener l'ankylose. Le traitement consiste dans l'électrisation et le massage du muscle atteint. — P. N.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887) (1).

5 décembre. — M. Poncet présente un malade âgé de 20 ans, auquel il a pratiqué une *greffe cutanée par approche* à la suite d'un délabrement de la face postérieure du coude gauche. Le lambeau chargé de recouvrir l'ulcère du bras a été pris sur la paroi thoracique. Le succès n'a pas été complet, car une petite portion de la greffe s'est sphacélée; toutefois, il est probable que la perte de substance sera complètement comblée par les tissus avoisinants.

M, Poncet fait une communication sur l'*extraction de la vessie d'une femme d'une grosse épingle fixée par sa pointe dans la paroi antérieure de la muqueuse vésicale* et insiste plus particulièrement sur le procédé personnel qu'il a dû employer.

Après l'anesthésie de la patiente, le canal fut progressivement dilaté de façon à permettre l'introduction du doigt. L'aiguille étant couchée sur la paroi antérieure et complètement immobile, on ne put la dégager ni avec le doigt ni avec des pinces et alors M. Poncet introduisit avec son doigt jalonnant le canal de l'urèthre et la vessie un petit ténotome dont la pointe mousse boutonnée fut aisément conduite sur le corps étranger. Avec la pulpe de l'index ramené en crochet vers la paroi antérieure de la vessie, que les mains d'un aide appuyées au-dessus du pubis déprimaient et immobilisaient, il en porta l'extrémité en contact avec la portion de la muqueuse qui recouvrait l'épingle, sa main droite abaissant le manche de l'instrument auquel elle imprimait un mouvement de bascule et de va-et-vient. Cette incision libératrice fut faite avec une sécurité absolue, l'index servant de guide. L'aiguille dégagée tomba alors sur le bas-fond vésical. Elle fut très aisément sortie suivant sa longueur avec des pinces hémostatiques ordinaires.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

La tête et la tige de l'épingle étaient recouvertes d'une couche calcaire rugueuse.

M. Poncet termine sa communication en insistant sur ce fait que, chez la femme, la taille doit être rejetée, et que l'opération de choix pour les corps étrangers consiste à dilater l'urèthre. Chez l'homme le contraire a lieu et la taille hypogastrique s'impose le plus souvent comme le meilleur procédé à employer.

M. le professeur A. Bondet fait la *relation d'une épidémie de fièvre typhoïde au point de vue de l'étiologie*. L'épidémie de Sous-Ville-Charmoux a eu pour cause l'arrivée dans le pays d'un malade atteint de fièvre typhoïde ; l'eau a été le principal agent de propagation de l'épidémie; très probablement l'agent essentiel de cette contamination n'est autre que le bacille d'Eberth; le fait de M. Bondet est une nouvelle démonstration du rôle des eaux dans l'étiologie de la fièvre typhoïde et de l'exactitude de la théorie de Budd : pour faire de la fièvre typhoïde, il faut de la fièvre typhoïde.

M. Girin n'admet pas le terme de contagion dout on a gratifié la fièvre typhoïde, c'est une maladie infectieuse, un empoisonnement. Le bacille d'Eberth peut bien être un des facteurs de l'infection, mais il n'est pas le seul, car il reste à savoir pourquoi à un un moment plutôt qu'à un autre, toutes conditions égales d'ailleurs, une épidémie prend naissance. Il y a là une influence inconnue à laquelle il croit devoir attacher le nom de génie épidémique.

M. Gayet a eu occasion de voir récemment un malade dans l'affection l'a profondément intrigué jusqu'au jour où un examen microscopique et anatomique lui a permis de se rendre un compte exact de la lésion.

L'affection consistait en une série de petits points jaunâtres disposés sur le limbe cornéen et qui l'envahissaient avec une persistance fatale, de la périphérie au centre. Ce dernier, du reste, était absolument intact. Il pensa d'abord à une tuberculose cornéenne dont les colonies de microbes s'avançaient ainsi régulièrement. Des cautérisations au fer rouge ne donnèrent aucun résultat et le malade quitta l'hôpital sans avoir été amélioré. Il y a trois mois, il fut de nouveau appelé auprès du porteur de cette singulière affection. Les douleurs circum-orbitaires étaient si vives que le malade réclamait l'énucléation. Du reste, la maladie avait suivi son cours et les deux cornées étaient, au moment de l'examen, absolument opaques.

L'opération fut pratiquée, et, à l'examen des pièces, on constata tout d'abord une symétrie parfaite des lésions; la conformation extérieure de l'organe était à peu près conservée, mais la cavité oculaire offrait la forme d'une toupie. C'était l'enveloppe kérato-scléroticale qui était le siège de la lésion : il existait, en effet, un énorme épaississement de la partie post-équatoriale de la sclérotique. Cet épaississement était absolument circulaire. Les autres parties de l'œil paraissaient saines.

L'examen microscopique permit de constater que la sclérotique avait subi un refoulement en dedans; dans l'angle qui unit la sclérotique à la gaine du nerf optique, le tissu était envahi par un grand nombre de cellules lymphoïdes comprimant les nerfs et les vaisseaux. Ces vaisseaux offraient tous les signes de l'endartérite. Une série de coupes dirigées de la périphérie au centre montrait que les lésions étaient d'autant moins prononcées qu'on se rapprochait de la cornée. Dans la région antérieure, l'épaississement n'existait plus.

Les choroïdes étaient aussi infiltrées d'éléments lymphatiques, et cette infiltration était d'autant plus manifeste qu'on approchait des corps ciliaires. C'est par les lacunes de Fontana que très probablement l'invasion s'était produite.

Sur la cornée, il y avait une véritable dégénérescence athéromateuse et la lésion définitive avait été préparée par une altération graisseuse des cellules migratrices, d'où la teinte jaune affectée par ces taches.

Que conclure de cet examen? Il ne s'agissait pas là d'un néoplasme. C'était un phénomène d'ordre inflammatoire. Il y avait eu émission de cellules lymphatiques qui, circulant le long de la paroi externe, avaient envahi les régions antérieures de l'œil et pénétré dans la cornée. Les douleurs ressenties étaient dues à la participation des procès ciliaires et à la compression des nerfs à leur passage dans la sclérotique.

Les lésions observées ressemblent beaucoup à celles décrites dernièrement par M. Gayet, et sont remarquables par leur symétrie. L'intérêt de cette observation, c'est d'abord sa rareté, puis l'interprétation à laquelle elle donne lieu.

12 décembre. — M. Vincent place sous les yeux des membres de la Société un dessin de *table d'opérations* qui permet de faire des lavages complets tout en mettant à l'abri de l'eau le chirurgien et ses aides.

— M. Poncet présente un calcul d'acide urique qu'il a extrait de la vessie d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années. Ce calcul, du poids de 45 grammes, mesure 5 centimètres dans tous ses diamètres. Le procédé opératoire employé a été la *taille sus-pubienne.* Il y eut déchirure du péritoine, probablement au moment du débridement, à l'aide du bistouri boutonné. Le péritoine fut suturé par trois points de catgut et le calcul extrait facilement.

La taille sus-pubienne, aujourd'hui l'opération de choix, expose à deux accidents graves : la blessure du péritoine et l'infiltration urineuse. Lorsque la séreuse a été incisée, on doit suturer immédiatement la plaie péritonéale.

Pour obvier à l'infiltration urineuse, M. Poncet, peu confiant dans les divers modes de drainage de la vessie, pratique la suture des bords de la cavité péritonéale. Il termine sa communication en posant comme règle que, toutes les fois que l'on redoute particulièrement l'influence nocive de l'urine : urine alcaline, purulente, etc., il faut, laissant de côté la réunion par première intention et le drainage seul, suturer les bords de la plaie vésicale avec ceux de la plaie abdominale. De même, lorsque le péritoine a été intéressé, la suture péritonéale doit toujours être suivie de la suture vésico-abdominale.

— M. Clément lit la seconde partie de son travail sur *l'ethnographie et la démographie lyonnaises.* Il nomme d'abord les sources où il a puisé ses renseignements ; puis, par une série de chiffres qui montrent le soin qu'il a apporté dans son ouvrage, il cite les phases de la population de la ville, son accroissement comparé à la France et à Paris. Nationalité, âge, sexe, etc., tout est étudié, compté et comparé.

M. Lacassagne félicite M. Clément du merveilleux parti qu'il a tiré de ce document.

19 décembre 1887. — M. Arloing fait une communication *sur un nouveau bacille gazéifère parasite de l'homme.* En 1886, M. Gayet eut l'occasion de pratiquer une ponction de la chambre antérieure de l'œil chez un individu victime d'un traumatisme oculaire par le soc d'une charrue. L'opération donna issue à des gaz et à une sanie roussâtre. En présence de l'étendue de la lésion, l'énucléation fut faite après une nouvelle ponction, et le malade guérit parfaitement, sans qu'il y ait eu tendance à la propagation de la lésion. La sanie retirée par la ponction fut soumise à l'examen de M. Arloing.

On pouvait s'attendre à rencontrer, dans la sanie, le bacillus septicus ou vibrion septique que MM. Chauveau et Arloing ont noté dans la septicémie gangréneuse et qui, jusqu'à présent, est le seul qui ait été accusé de produire des gaz dans le tissu conjonctif de l'homme. Cet agent se présente sous trois formes : tantôt il offre l'aspect d'un bâtonnet assez volumineux dont les extrémités sont légèrement émoussées ; tantôt c'est un bacille renflé à sa partie moyenne et dont une des extrémités présente un corpuscule brillant (spore) ; tantôt, enfin, le bacille est plus allongé, moins renflé et porte une spore à chacune de ses extrémités. Les deux premières formes sont les plus fréquentes dans le tissu conjonctif.

Le bacille septique envahit les séreuses et principalement le péritoine, où il se rencontre avec l'apparence d'un très long bacille courbé gracieusement (vibrion serpentiforme de Pasteur) et composé d'un grand nombre d'articles placés bout à bout, sans traces de spores à leur intérieur.

Or, au lieu des formes que revêt le vibrion septique, l'examen microscopique a permis de constater dans la sanie extraite par M. Gayet de fins bacilles de 0,0025 à 0,0060 de longueur, isolés ou en essaims, sans spores.

L'inoculation de la sanie fraîche a rendu plus évidentes les différences qui existent entre ce bacille et celui de la septicémie gazeuse. En effet, ce dernier évolue dans le tissu conjonctif de tous les animaux domestiques, sauf le bœuf ; or, l'inoculation de

la sanie fraîche a donné des résultats positifs sur le rat et le cobaye, négatifs sur le lapin.

La sanie desséchée perd sa virulence. C'est un vibrion mixte dont la végétation se fait en présence et en l'absence de l'air. Il offrait, dans son évolution, la forme de petites touffes.

De plus, au lieu de déterminer comme le bacillus septicus la fermentation des substances albuminoïdes et hydrocarbonées, le microbe nouveau n'agit que peu sur les hydrocarbonées.

Enfin le bacille gazéiforme a la propriété de donner naissance, sur l'homme, à des gaz, dans des conditions de bénignité exceptionnelle, ce qui n'a pas lieu pour le vibrion septique.

M. Ollier a gardé le souvenir d'un certain nombre de faits de production bénigne de gaz à la suite de grands traumatismes et sur des cultivateurs.

M. Diday ne s'explique pas que ce nouveau bacille, bénin chez l'homme, puisse tuer le rat et le cobaye.

— M. Poncet lit une note sur la *transparence dans les tumeurs solides*. On admet généralement que transparence est, au point de vue du diagnostic, synonyme de collection liquide, et journellement, tout au moins pour les tumeurs du scrotum, on a recours à la lumière du jour ou mieux encore à l'éclairage artificiel pour juger de la nature de l'affection du testicule ou de ses enveloppes. C'est là un mode d'exploration d'une grande valeur qui, positif, permet d'affirmer non seulement l'existence d'une masse liquide, mais encore ses caractères, et qui, négatif, sans trancher comme dans le premier cas la question du diagnostic:, n'en fournit pas moins des indications dont on doit tenir compte. En dehors des bourses, il est rare que l'on recherche la transparence d'une tumeur. Actuellement, transparence est synonyme de tumeur à contenu plus ou moins aqueux, tel qu'on l'observe dans diverses variétés de kystes congénitaux ou acquis.

Cependant il existe des tumeurs qui présentent avec ces productions liquides de nombreuses analogies par leur siège, leur forme, leur consistance et même par leur transparence. Elles en diffèrent cependant par un fait essentiel, la solidité de leur contenu.

M. Poncet cite plusieurs faits à l'appui de ce qui précède, et, entre autres, trois observations de tumeurs nettement solides dans lesquelles il a constaté la transparence. Il s'agissait d'un chondrome des doigts, d'un lipome de la paume de la main et d'un kyste tendineux du poignet à contenu riziforme.

Pour que des tumeurs solides soient transparentes, il est nécessaire que les tissus, qui doivent laisser passer les rayons lumineux, n'aient pas une trop grande épaisseur; la vascularité peut être aussi une condition adjuvante.

M. Ollier avait depuis longtemps remarqué que certaines tumeurs solides étaient transparentes. Ce phénomène s'observe surtout dans quelques régions, telles que l'aisselle et l'aine; à l'épaule, rien de semblable à cause de l'épaisseur des téguments. Pour que la transparence existe, il faut que la tumeur siège dans une région où la peau est fine. La question d'âge doit aussi intervenir.

M. Poncet : Pour que la graisse soit transparente, il faut qu'elle soit blanche, peu colorée; il faut, en outre, tenir compte de son état, de sa fluidité sur le vivant, de sa vascularité et même de sa température. — P. C.

FORMULAIRE

Mixture contre les oxyures vermiculaires. — Sidney Martin.

Teinture de rhubarbe..................	3 gouttes.
Carbonate de magnésie..................	20 centigrammes.
Teinture de gingembre..................	1 goutte.
Eau distillée..................	12 grammes.

Mêlez. — A donner 3 ou 4 fois par jour, suivant l'effet produit sur l'intestin, aux enfants chez lesquels on a constaté la présence d'oxyures vermiculaires. — La rhubarbe ainsi administrée, soit qu'elle agisse comme vermicide, soit simplement qu'elle détache les oxyures, provoque l'expulsion d'un grand nombre de vers, et régularise les mouvements de l'intestin, sans qu'il y ait lieu de recourir aux lavements d'eau salée. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — M. Yvon, pharmacien, professeur à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Salpétrière, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1888 :

Chef de clinique obstétricale : M. le docteur Chaleix, en remplacement de M. Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs de clinique médicale : MM. les docteurs Blanc-Fontenille et Auché, en remplacements de MM. Rivals et Mesnard, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale : MM. les docteurs Cassaët et Martin du Magny.

M. le docteur Puech est maintenu, pendant le premier semestre 1888-1889, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Dhourdin, chargé d'un cours d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier, dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays, l'enseignement et les progrès de la thérapeutique.

M. Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

HOSPICES DE SAINT-ETIENNE. — Il y a un mois, le *Lyon médical* annonçait l'ouverture d'un concours *sur titres* pour une place de pharmacien des hospices de Saint-Etienne.

Dix candidats ont envoyé la liste de leurs titres scientifiques et la note de leurs services. Le jury a désigné au choix de l'Administration pour remplir cet emploi M. Porteret, chef des travaux du laboratoire de M. le professeur R. Lépine.

— Dimanche dernier il y a eu un an qu'est mort l'éminent académicien Giraud-Teulon.

A l'occasion de cet anniversaire, la plupart des médecins de Saint-Germain, ville qu'il habitait, voulant honorer sa mémoire, sont allés déposer une couronne sur sa tombe, témoignant ainsi tous les regrets qu'ils avaient eus, pour obéir à ses dernières volontés, de n'avoir pu l'accompagner à sa dernière demeure.

ECHANGE DE MAUVAIS PROCÉDÉ. — Une curieuse affaire vient de se dérouler devant le tribunal de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). M. H. B..., officier de santé, adresse une plainte au parquet contre M. E. V..., pharmacien dans la même commune, pour exercice illégal de la médecine ; ce dernier répond en dénonçant le médecin comme faisant illégalement de la pharmacie. Les deux plaignants, reconnaissant mutuellement leurs torts, le tribunal les condamne à 35 fr. d'amende chacun.

L'échange de mauvais procédé a été on ne peut plus équitable. (*Lyon médical.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baron, médecin consultant aux eaux d'Allevard (Isère).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhagie aiguë (1).

TRAITEMENT MÉTHODIQUE.

La marche de la blennorrhagie permet, nous l'avons vu dans la précédente leçon, de reconnaître trois périodes dans la succession des accidents : une première, ascendante, durant de quelques heures à deux ou trois jours, pendant laquelle les manifestations caractéristiques, douleur, tuméfaction, suppuration, apparaissent et grandissent pour atteindre leur complet développement; une période d'état, de plusieurs semaines de durée, pendant laquelle la maladie bat son plein, où tous les symptômes se présentent avec une grande acuité; une période de déclin pendant laquelle chacun des accidents subit une diminution progressive plus ou moins complète, plus ou moins rapide; à chacune de ces différentes périodes convient un traitement différent.

A la période initiale, il est quelquefois possible de faire cesser en quelques heures la blennorrhagie, et il est permis d'en tenter le *traitement abortif.*

L'injection d'une solution concentrée de nitrate d'argent est le procédé le plus ordinairement employé; je vous ai déjà dit qu'en pareil cas, c'était aux solutions concentrées qu'il fallait avoir recours (au centième, Diday; au soixantième, au trentième, Ricord).

L'injection abortive peut et doit rester limitée aux premiers centimètres de l'urèthre; la blennorrhagie, à l'époque où le traitement abortif sera légitimement tenté, n'occupe encore que les parties antérieures du canal; du voisinage du méat où elle a pris naissance, elle n'a pas encore eu le temps de s'étendre vers les parties profondes; une injection limitée aux cinq ou six premiers centimètres de l'urèthre entrera en contact avec toutes les surfaces malades qu'il s'agit de modifier et atteindra complètement le but poursuivi. Pour obtenir la limitation de l'injection aux premiers centimètres de l'urèthre, il suffit d'exercer avec le doigt appliqué extérieurement sur le canal une légère pression au niveau du point où l'on désire que l'injection s'arrête; ce point doit être fixé de 5 à 7 centimètres en arrière du méat.

(1) Voir les numéros des 21, 23 et 28 août 1888.

Diday recommande d'avoir soin, pour empêcher la sortie du liquide pendant le temps que l'injection sera maintenue dans le canal, d'appliquer simplement l'index sur l'ouverture du méat et non point de comprimer l'entrée du canal entre deux doigts : cette dernière manœuvre aurait pour résultat d'empêcher le contact intime du nitrate d'argent avec la partie du canal comprimée; des portions de virus, situées à ce niveau, pourraient échapper à l'action du médicament; leur survivance ferait échouer la tentative d'avortement; un insuccès serait la conséquence de cette légère imperfection du procédé opératoire.

Le liquide de l'injection doit être maintenu pendant plusieurs minutes au contact de la muqueuse uréthrale; il sera bon, pendant ce temps, d'exécuter, à trois ou quatre reprises, de douces pressions d'avant en arrière et inversement, pour assurer la pénétration du liquide dans tous les plis, sinus, orifices qui existent à la surface de l'urèthre.

Dans les heures qui suivent l'injection, le méat se gonfle, la verge se tuméfie, un suintement séreux, séro-purulent, parfois séro-sanguinolent avec rejet de pellicules blanchâtres s'établit; la miction est pénible, très douloureuse; en vingt-quatre, trente-six heures, cet écoulement provoqué artificiellement cesse, laissant le canal à sec ou ne sécrétant plus qu'un peu de mucus; en quatre ou cinq jours, l'écoulement et la dysurie ont complètement cédé, la guérison est complète.

Pratiquées avec soin, les injections abortives paraissent inoffensives, si quelques complications, défaillances par suite de l'intensité de la douleur, uréthrorrhagie, dysurie, cystite du col, ont parfois suivi leur emploi; ces accidents, le plus habituellement bénins et de courte durée, ont presque toujours pu être rattachés à une fausse manœuvre dans le procédé opératoire; faite avec précaution, en ayant soin d'en limiter la pénétration, l'injection abortive peut être considérée comme inoffensive.

Une seule injection suffit, dans les cas heureux, pour procurer le résultat poursuivi, la plupart des médecins sont d'avis de ne pas renouveler la tentative quand une première injection a été suivie d'insuccès, ce qu'on reconnaît facilement et rapidement; en pareil cas, en effet, après un jour ou deux de guérison apparente, on voit l'écoulement se reproduire et reprendre en quelques heures l'abondance et les caractères de l'écoulement blennorrhagique aigu : Ricord est cependant d'avis qu'il peut y avoir avantage à revenir par deux et trois fois à l'injection abortive dans les deux ou trois premiers jours de la maladie.

Les succès sont loin d'être constants à la suite des injections abortives; Aubert (de Lyon)) est même porté à croire que ce traitement n'a jamais fait avorter des blennorrhagies véritables, mais seulement des uréthrites sans importance et sans avenir, de ces inflammations légères du canal comme on en voit de loin en loin survenir particulièrement à la suite du surmenage des organes génitaux, suintements destinés à disparaître spontanément et sans aucun traitement après quelques jours de repos. Dans quatre cas où la présence du gonococcus avait pu être établie histologiquement avant la mise en œuvre du traitement abortif, celui-ci a complètement échoué. M. Eraud n'hésite pas à déclarer que la chaudepisse, étant une maladie parasitaire, doit fatalement avoir une évolution cyclique et que rien ne saurait la juguler *ab initio* pas plus qu'on ne saurait faire avorter la dothiénentérie, la scarlatine et la variole.

Diday trouve cette condamnation du traitement abortif par trop absolue;

il a vu, plusieurs fois vu, avorter à la suite des injections au nitrate d'argent des blennorrhagies vraies, des blennorrhagies sur la nature desquelles une incubation légitime et la lactescence déjà accusée de la sécrétion uréthrale ne laissaient aucun doute; ce n'était certainement pas de ces suintements uréthraux non spécifiques dont veulent parler Aubert et Eraud : Diday se demande même si les instillations, dont se servit le chirurgien de l'Antiquaille, ne seraient pas inférieures comme procédé abortif à la vieille injection au nitrate d'argent. Quant à la comparaison établie par Eraud entre la blennorrhagie et la dothiénentérie, la scarlatine ou la variole, je trouve avec Diday que c'est élever bien facilement la chaudepisse à la hauteur de nos maladies générales infectieuses les plus graves.

Ricord a recommandé, dans le but d'obtenir l'avortement de la blennorrhagie, l'emploi simultané des balsamiques à haute dose et des injections astringentes : cette méthode aurait l'avantage de pouvoir être tentée à toute époque de la blennorrhagie, et son action utile ne serait pas limitée aux premières heures de la maladie comme celle des injections de nitrate d'argent. Cette médication mixte compte des succès encore assez nombreux, mais beaucoup plus lents et moins brillants que ceux obtenus avec le nitrate d'argent; elle peut couper en quelques jours des chaudepisses qui semblaient appelées à durer des semaines; mais bien souvent elle n'arrive qu'à les modérer, sans les tarir, et force est d'abandonner après quelques jours d'une tentative avortée l'emploi des balsamiques; le prolonger serait s'exposer à ne pouvoir plus tirer de ceux-ci aucun effet à la période de la maladie où ils sont formellement indiqués et où ils peuvent être ordonnés avec le légitime espoir de voir leur emploi suivi d'un rapide et complet succès.

Après la suppression bien souvent obligatoire du traitement abortif, l'écoulement, qu'on avait pu maintenir modéré pendant quelques jours, reparaît abondant, franchement aigu; c'est déception et désespoir pour le malade qui avait espéré une cessation rapide de sa maladie; mais mieux vaut encore exposer votre client aux ennuis de cette déception, quelque pénibles qu'ils puissent être, que vous priver à tout jamais d'une des ressources les plus puissantes dont nous disposions contre la chaudepisse; vous n'hésiterez pas à ménager une ressource qui n'est véritablement efficace qu'à la condition qu'on y ait recours à son heure et dans des conditions que nous étudierons tantôt.

Quelques tentatives ont encore été faites pour obtenir l'avortement de la chaudepisse par la seule médication interne, par l'emploi du copahu ou du cubèbe à très hautes doses, et ce mode de traitement compta des défenseurs des plus autorisés, puisqu'elle put inscrire Cullerier au nombre de ses partisans; mais son efficacité paraît moindre encore que celle de la méthode de Ricord, et son emploi est passible des mêmes reproches quant au danger auquel il expose le médecin de se voir, au moment utile, privé d'un des médicaments les plus précieux de la médication anti-blennorrhagique. Aussi, dans les cas où vous vous décidérez à tenter l'avortement de la blennorrhagie par l'emploi des balsamiques à haute dose, employés seuls ou associés aux injections, il faudra toujours que vous soyez fermement résolus à en suspendre l'usage si un prompt et complet succès ne couronne pas vos efforts.

Quant, au bout de six à huit jours, vous n'aurez pas obtenu le résultat désiré, suivez le conseil de Cullerier et suspendez le traitement; que les

supplications de votre malade ne vous arrêtent point. Il sera même prudent et sage, de votre part, avant de tenter un traitement abortif, d'avertir votre client qu'il ne faut pas hésiter à suspendre celui-ci s'il ne réussit pas promptement, dût-on même voir un certain degré d'amélioration acquis par ce traitement se perdre pour quelques jours; que votre client soit aussi convaincu que vous que maintenir artificiellement cette amélioration, ce serait s'exposer à prolonger la maladie, et qu'il est bon de savoir ménager ses moyens d'action.

Sans condamner les méthodes abortives aussi absolument qu'Aubert et Eraud, il faut donc savoir que celles-ci sont l'occasion de plus de déceptions pour le malade que de gloire pour le médecin; c'est pourquoi vous nous voyez aujourd'hui n'y plus guère recourir que pour les malades à qui des conditions spéciales, la plupart du temps des nécessités de la vie sociale, rendent une prompte terminaison de la blennorrhagie particulièrement désirable. Vous n'aurez donc que rarement à tenter l'avortement d'une blennorrhagie à ses débuts; vous vous trouverez bien plus souvent en présence de malades arrivés à la période d'état.

Que le traitement abortif ait été ou non tenté, une fois la maladie entrée dans la période d'acuité, votre thérapeutique restera la même. Autant le traitement abortif exige de la part du médecin de rapidité dans l'intervention, d'énergie et presque de témérité dans la médication, autant le traitement de la période d'état exige de prudence et de sage lenteur. Quelques heures de retard suffiront à faire échouer une tentative d'avortement que le succès aurait couronné si l'on avait agi avec un peu plus de promptitude; une intervention trop hâtive du médecin pendant la période d'acuité peut entraîner une durée beaucoup plus longue de la maladie. Patience et flanelle constituaient, pour Cullen, le traitement de l'accès de goutte; patience et hygiène devaient, il y a quelques années, et doivent encore, de l'avis de maîtres des plus éminents, constituer le véritable traitement de la période aiguë de la blennorrhagie; le rôle du médecin doit être essentiellement temporisateur; faire traverser au malade le plus doucement, le plus patiemment possible la phase des accidents aigus, tel est l'unique objectif qu'il doit poursuivre; tenter par des moyens énergiques de faire rétrocéder rapidement la maladie serait plus nuisible qu'utile; une durée plus longue compenserait souvent plus que largement la légère atténuation que l'on peut obtenir dans de telles conditions.

Tant que le méat reste tuméfié et renversé en dehors, l'écoulement franchement purulent, la miction pénible, l'érection douloureuse; tant, en un mot, que l'inflammation conserve des caractères franchement aigus, le médecin doit se contenter d'un traitement palliatif dont voici les principales indications :

Bains tièdes fréquemment répétés, d'une durée d'une heure à une heure et demie.

Boissons abondantes et adoucissantes : tisane d'orge, de graine de lin, de guimauve additionnée ou non d'une légère quantité de sirop de térébenthine; goudron; le professeur Fournier recommande la préparation suivante, dont la formule est due à un ancien médecin de cet hôpital, Puche :

Bicarbonate de soude..................	3 à 5 grammes.
Sucre en poudre.......................	40 grammes.
Essence de citron.....................	1 à 2 gouttes.

Mêlez. — Pour un paquet que l'on fait dissoudre à froid dans un litre d'eau, à boire par verres entre les repas.

Eviter l'exagération dans laquelle tombent certains malades qui croiraient manquer à leur devoir et compromettre fortement leur guérison, s'ils n'absorbaient par jour plusieurs litres de tisane, régime qui est souvent plus nuisible à leur estomac qu'utile à leur urèthre.

Sobriété; s'abstenir de bière, vin blanc, champagne, huîtres, écrevisses, homards, asperges; user modérément du vin pur, du café, des liqueurs, de la charcuterie, des mets très épicés.

Porter un suspensoir qu'on ne quittera qu'au moment de se mettre au lit.

Eviter avec grand soin de porter la main aux yeux.

Eviter les marches longues, les efforts violents, l'équitation, à moins d'avoir de celle-ci une très grande habitude.

Fuir toute excitation morale ou physique.

Eviter les lits moelleux; recourir au besoin, pour la nuit, aux calmants, parmi lesquels l'opium absorbé par la voie stomacale ou pris en lavement, le camphre, le lupulin, le haschich tiendront la première place.

L'hygiène, comme vous le voyez, constitue, dans le traitement classique, la véritable médication de la blennorrhagie à l'état aigu; la résistance de la maladie à nos efforts thérapeutiques est à ce point accusée, l'insuccès des traitements classiques entrepris à cette période est à ce point habituel que Diday a proposé de lui donner le nom de période irrépressible pour bien imprimer dans l'esprit du médecin l'inutilité ordinaire, sinon le danger des efforts violents qu'il pourrait tenter à cette époque dans le but d'obtenir une guérison rapide.

Enfin, les phénomènes aigus commencent à s'amender; la muqueuse du méat pâlit et s'affaisse; la miction devient moins pénible; l'érection n'est plus douloureuse; l'écoulement a beaucoup diminué; après avoir été abondant, jaune, vert, liquide, il est devenu rare, blanc, filant; le moment d'intervenir activement est arrivé; la blennorrhagie est mûre pour un traitement énergique.

Le copahu et le cubèbe, ces deux vétérans de la médecine antiblennorrhagique, formeront la base de votre thérapeutique; vous les donnerez isolés ou associés sous forme d'opiat; pendant leur emploi, le malade devra renoncer aux bains, aux tisanes, aux boissons abondantes, boire peu aux repas et point dans l'intervalle.

Dans nombre de cas, vous verrez, sous l'influence de ce traitement, l'écoulement se tarir dans l'espace de cinq à six jours, et vous n'aurez plus qu'à consolider la guérison en conseillant au malade de continuer le remède pendant quelques jours et en lui recommandant de ne pas trop se hâter de fêter son rétablissement. Mais les choses ne marchent pas toujours avec cette régularité; à la fin d'une semaine de traitement, certains malades vous reviendront avec un écoulement amoindri, mais jaune encore et formant sur le linge une tache franchement purulente; ils ont conservé un certain degré de sensibilité uréthrale; chez d'autres, l'écoulement persiste presque aussi abondant, mais la blennorrhagie est devenue indolente et le mucus domine dans la sécrétion morbide; pour les uns et les autres, votre conduite sera différente. Aux premiers, vous conseillerez de suspendre une médication dont l'effet restreint indique une intervention trop hâtive; vouloir prolonger la tentative, ce serait vous exposer à voir après quelques

jours, malgré l'emploi des balsamiques, l'écoulement reparaître plus abondant et plus indomptable qu'auparavant; ce serait vous priver pour longtemps d'une médication qui, suspendue quelques jours, pourra peut-être bientôt vous rendre les plus grands services; chez les seconds, vous insisterez sur un traitement dont les résultats, pour être restés incomplets, n'en ont pas moins été favorables; vous forcerez les doses du médicament; vous varierez les préparations passant des faibles aux fortes; vous alternerez le copahu et le cubèbe ou les associerez; enfin, tout en continuant l'opiat, vous aurez recours aux injections astringentes.

En résumé, Messieurs, le traitement méthodique de la blennorrhagie peut, si nous en exceptons les cas rares où le traitement abortif est tenté avec succès, se résumer en deux préceptes : hygiène pendant la période aiguë, balsamiques et injections astringentes quand la période de déclin est arrivée; les résultats seront presque toujours heureux pour qui saura se résigner à suivre avec exactitude les prescriptions successives de ce traitement. Brillant dans les cas exceptionnels où la médication abortive parvient à amener la guérison de la maladie dès les premières heures de son apparition, il exige dans l'immense majorité des cas, de la part du malade une patiente résignation, de la part du médecin une savante temporisation qui vous expliquent suffisamment que leur patience à tous deux se lasse quelquefois, que l'un aille volontiers trouver le charlatan et ses promesses trompeuses, que l'autre soupire ardemment après un remède qui lui fournisse des succès plus prompts et plus glorieux; nous apprécierons dans la prochaine séance les progrès réalisés dans cette voie.

L'étude que nous venons de faire du traitement de la blennorrhagie, ne comprend que les cas les plus ordinaires, ceux dans lesquels l'inflammation reste limitée à l'urèthre antérieur et n'atteint pas suffisamment l'urèthre postérieur pour que l'extension de la maladie demande un traitement nouveau; dans les cas où l'uréthrite postérieure deviendra suffisamment intense pour donner lieu à des accidents violents de cystite du col, à des envies fréquentes et pénibles d'uriner, à des hématuries, l'indication des balsamiques sera urgente, il faudra recourir immédiatement à ces médicaments; mais il existe, en pareil cas, un traitement beaucoup plus efficace dont les résultats sont souvent instantanés et pour ainsi dire merveilleux, ce sont les instillations de nitrate d'argent faites suivant le procédé du professeur Guyon; nous en étudierons bientôt la pratique et les indications.

P. C.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par MM. Lecorché et Ch. Talamon. Paris, O. Doin, 1888.

Toute la première partie de l'ouvrage est consacrée à la chimie des albumines urinaires. Les procédés de dosage des albumines sont étudiés dans tous leurs détails et les valeurs respectives des principaux réactifs définitivement fixées. — Nous citerons spécialement les recherches sur la globulinurie qui, les auteurs l'ont prouvé, semble ne jamais exister à l'état isolé.

Relativement à la pathogénie de l'albuminurie, MM. Lecorché et Talamon admettent que la glomérulite aiguë desquammative est la source de l'apparition du symptôme.

Cependant dans les néphrites diffuse l'albumine pourrait passer aussi à travers les parois des tubuli.

Y a-t-il une albuminurie physiologique? Malgré les travaux de Sénator, les recherches chimiques de Fosner et de Kleugden, le fait doit encore être considéré comme douteux et les auteurs se « croient même en droit d'affirmer que la prétendue albuminurie physiologique des individus en bonne santé est une albuminurie pathologique et qu'à ce titre elle reconnaît la même pathogénie et la même étiologie que l'albuminurie en générale ».

Il y aurait souvent un foyer limité, reliquat d'une inflammation plus diffuse (néphrite typhoïde, scarlatineuse, etc.), une sorte de « néphrite parcellaire » qui serait le véritable substratum anatomique de l'albuminurie latente. Les différentes espèces d'albuminurie pathologique sont étudiées dans tous leurs détails. Dans les fièvres l'apparition du symptôme peut être due à une néphrite parasitaire, à des troubles anatomiques amenés par l'hyperthermie, mais le plus souvent dépend de la stase avec diminution de la vitesse et diminution de la pression sanguine.

La deuxième partie du livre, consacrée à l'étude du mal de Bright, est la plus originale. Pour MM. Lecorché et Talamon toute néphrite est à la fois interstitielle et épithéliale, et cela non seulement dans le cours de son évolution, mais dès son début où il y a toujours glomérulo-néphrite qui est aiguë et diffuse, ou chronique et partielle. Le gros et le petit rein blancs, le petit rein rouge contracté sont des formes de terminaison, le petit rein bigarré de gris et de rouge une forme de transition.

Quand la maladie dure au moins six à huit semaines, on a le gros rein, mais bigarré ; le rein bigarré diminué de volume se voit quand l'affection se prolonge plus longtemps ; le petit rein rouge granuleux quand elle continue plus longtemps encore. Le gros rein blanc, qui ne peut jamais se transformer en petit rein rouge, est une néphrite dont l'évolution a été arrêtée peu après le début et le petit rein blanc une néphrite qui a entraîné plus tardivement la mort.

Les symptômes sont étudiés avec tous les développements désirables. L'hypertrophie du cœur, à laquelle de nombreuses pages sont consacrées, peut se voir dans toutes les néphrites et dépend de l'augmentation de la tension artérielle.

Nous ne pouvons malheureusement en dire davantage sur cet ouvrage remarquable qui fait le plus grand honneur à la science française. — P. Chéron.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux. Tome 2e, 1er fascicule. Paris, Asselin et Houzeau, 1888.

Nos lecteurs connaissent déjà cet ouvrage dont il leur a été parlé au moment de l'apparition des premiers fascicules.

On retrouve, dans celui que vient de publier M. Tillaux, les mêmes qualités pratiques que dans les précédents. Il est consacré aux affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires et on y trouve étudiés les points les plus actuels de la chirurgie.

Il suffira de citer les pages consacrées aux hernies, aux tumeurs abdominales, à la vessie, pour montrer l'intérêt qu'offre cette partie de l'ouvrage du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le docteur A. Veillard; 2e édit. — Paris, Berthier, 1888.

Nous n'avons qu'un mot à dire du travail de M. Veillard, dont le première édition, rapidement épuisée, a montré la grande utilité.

L'auteur a mis son ouvrage au courant des acquisitions récentes de la thérapeutique. Nous ne saurions trop le féliciter cependant d'avoir négligé un peu ce grand nombre de médicaments nouveaux dont l'exposé des propriétés merveilleuses encombre les recueils spéciaux. Ils sont vraiment souvent trop peu connus pour qu'un médecin prudent puisse les mettre en œuvre dans la thérapeutique infantile.

Nous exprimerons le regret que M. Veillard n'ait pas compris dans son livre le traitement des maladies de la peau. Mais cette petite lacune sera facilement réparée dans la troisième édition. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Fluo-silicate de sodium. — Le docteur Conrad Berens a fait connaître dans un journal de médecine de Philadelphie, *The therapeutic Gazette*, du 16 juillet 1888, le résultat de ses études sur le fluo-silicate de sodium envisagé comme antiseptique.

De nombreuses expériences comparatives lui ont démontré la supériorité du fluo-silicate de sodium à ce point de vue sur le bichlorure de mercure et sur l'acide phénique. Par exemple, des infusions de substances végétales et de substances animales, quoique traitées par une solution de bichlorure de mercure au millième ou par une solution phénique au quarantième, n'ont pas été soustraites à l'envahissement des bactéries, tandis que les mêmes infusions, dans les mêmes conditions, traitées par une solution de fluo-silicate de sodium au millième sont restées complètement indemnes. Un fait qui donne une idée avantageuse des propriétés désinfectantes du médicament en question est le suivant : une solution du fluo-silicate de sodium, à raison de six parties pour mille, ayant été appliquée, sous forme de pulvérisation, sur une production cancéreuse considérable qui faisait saillie hors de la cavité orbitaire droite d'un enfant, et qui répandait une odeur infecte, cette odeur fut parfaitement et promptement neutralisée. Le bichlorure de mercure et l'eucalyptol, employés auparavant, n'avaient rien produit. —Le fluo-silicate de sodium répandu sur les matières fécales en fait disparaître l'odeur. — A la suite des autopsies cadavériques, les frictions avec le même agent sur les mains, suivies d'un lavage, enlèvent toute odeur, sans rider la peau ou l'anesthésier comme cela a lieu par l'emploi de l'acide phénique ou du sublimé. — Ces propriétés devaient donner l'idée d'introduire le fluo-silicate de sodium dans la thérapeutique. L'auteur cite un certain nombre de cas, d'ailleurs très divers, où il s'est montré avantageux, entre autres, trois cas de blennorrhagie qui ont été guéris en trois jours par des injections avec une solution du médicament, à raison de 1 ou 2 pour 1,000 ; quatre cas où un écoulement leucorrhéique a été tari dans l'espace de quatre à dix jours par des injections vaginales à raison de 2 grammes du médicament par litre de liquide, etc. — R.

Traitement de la pneumonie, par Du Moulin. (*Bull. de l'Acad. Roy. de Belgique*, 1887, et *Lyon médical.*) — L'auteur considère que la gravité et le danger existent dans l'intensité de la fièvre du début, dans l'étendue de l'inflammation, d'où la circulation et la respiration profondément atteintes.

Le cœur droit s'épuise à lutter contre l'obstacle pulmonaire, tandis que l'acide carbonique, par suite de la respiration insuffisante, s'accumule dans le sang. Du Moulin admet comme l'indication principale, celle d'aider le cœur dans sa lutte.

Il faut qu'il puisse « chasser vigoureusement le sang à travers les vaisseaux pulmonaires restés perméables et permettre ainsi à la circulation de se maintenir jusqu'à terminaison par résolution du processus pneumonique ».

M. Du Moulin soutient le cœur, au début, avec une dose modérée de digitale ; le pouls ralenti, il remplace la digitale par l'alcool sous la forme de vin de Porto.

Contre l'hyperthermie, hautes doses de quinine (1 gramme en général) et larges vésicatoires. La fièvre serait donc bien loin de contre-indiquer les vésicants ; tout au contraire, ils sont également utiles contre la douleur de côté, la dyspnée intense, l'œdème pulmonaire au début.

Dans l'œdème pulmonaire confirmé, l'auteur ajoute aux larges vésicatoires, répétés dans la journée, le vin, le camphre, et, si la diarrhée n'existe pas, le calomel et le jalap à doses fractionnées, soit : calomel, 0,10 centigr. ; jalap 1 gr. en dix paquets, un paquet toutes les heures. Les symptômes nerveux et l'adynamie sont traités par les injections hypodermiques d'huile camphrée (10 cent. de camphre par injection), et, pour peu qu'il y ait soupçon d'alcoolisme, par le chloral à dose hypnotique, mais très modérée donnée le soir vers neuf heures.

La défervescence obtenue, l'état général assuré contre la syncope, la résolution est favorisée par de petites doses de préparations ou boissons alcalines. — P. C.

Traitement de la maladie de Bright par la sudation continue, par le docteur A. Luton. (*Union médicale du Nord*, 1888, 6.) — Se basant sur une observation recueillie par lui, M. Luton conseille de tenir continuellement les malades atteints d'albuminurie, avec anasarque et tendance à l'urémie, dans un milieu à température élevée (35°), le degré variant du reste un peu selon les cas et le patient devant être tenu à la limite de la sudation et de la moiteur.

En agissant ainsi : 1° on répond à la sensibilité des albuminuriques au froid ; 2° on compense la fonction urinaire pervertie par la fonction sudorale, qui est un équivalent en physiologie ; 3° on permet au rein de restreindre son activité fonctionnelle, et, sous l'influence de ce repos relatif, de revenir peu à peu à son état normal. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, informant l'Académie qu'il lui a été fait par le docteur Albaraga (de Lisbonne) un legs de 23,200 francs, pour créer un prix sur un sujet ayant trait à n'importe quelle branche des sciences médicales ; il demande qu'il soit pris une décision sur ce point ;

2° Un pli cacheté de M. le docteur Debaecher (de Roubaix), sur l'emploi de la saccharine comme anti-fermentescible ;

3° Un rapport du docteur Nivet (de Clermont-Ferrand), sur une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi en cette ville en 1886.

— M. Pinel lit un travail intitulé : *Recherches de psychologie expérimentale.* C'est une application des découvertes nouvelles ayant trait à l'aphasie et à la surdité verbale. Les sourds et muets ne parlent pas, parce qu'ils n'entendent pas. Or, quand l'oreille externe et moyenne est seule atteinte et que les centres auditifs sont intacts, les sons peuvent arriver jusqu'à eux par une autre voie. L'auteur a fait des recherches dans ce sens et a inventé plusieurs appareils qu'il présente à l'Académie.

Quand on place entre les doigts d'une part, entre les dents d'autre part un carton susceptible de vibrer, les vibrations se produisent sous l'influence des sons qui viennent le frapper normalement. Ces vibrations sont transmises aux centres nerveux par l'intermédiaire des dents, des maxillaires et des nerfs dentaires. M. Pinel a construit un appareil basé sur ce principe et susceptible de renforcer ces vibrations sonores. En se servant de cette instrumentation chez les sourds et muets, on arrive à éveiller chez eux le sens de l'ouïe qui se développe de plus en plus ; les sons une fois perçus sont bien plus facilement reproduits par eux qu'à la suite des méthodes actuellement employées pour leur donner la parole.

Il a également modifié l'ophthalmoscope pour le faire servir à la photographie du fond de l'œil.

— M. Guermonprez (de Lille) lit un mémoire sur la néphrorrhaphie. Cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois en France et notamment à Paris et à Lille. Dans cette dernière ville, M. Duret l'a déjà pratiquée deux fois, et l'auteur a eu récemment l'occasion d'opérer ainsi une dame de 37 ans, à qui un rein mobile interdisait tout autre situation que le décubitus dorsal. L'issue de cette opération a été heureuse et la guérison complète. L'auteur insiste sur les difficultés des différents temps de l'opération et entre autres sur celle qu'il peut y avoir à ramener le rein à sa situation, si l'on ne s'est pas exercé à l'avance à cette manœuvre. L'ouverture du péritoine est un accident sans gravité.

Contrairement à ce qu'a avancé récemment Lindner, la méthode conservatrice est la meilleure, et il est plus avantageux de pratiquer la néphrorrhaphie que la néphrecto-

mie. Il faut dire que l'auteur cité plus haut ne connaissait que la néphrorrhaphie par la méthode allemande de Hahn, opération insuffisante, car les points de suture n'intéressent que la capsule et ne sont pas solides.

On a montré qu'on pouvait sans danger traverser le parenchyme rénal, et, par la méthode française, on prend dans la suture et le parenchyme et la capsule; on obtient ainsi un lien résistant. Ces avantages sont bien mis en lumière dans la récente thèse de M. Vanneufville.

Les sutures sont généralement faites avec du catgut, ce qui est défectueux, car ce corps se résorbe et se relâche trop vite; la soie phéniquée a l'inconvénient de donner le plus souvent lieu à une élimination tardive; le lien préférable est le crin de Florence, qui ne se résorbe pas, ne s'élimine pas, mais s'enkyste.

— M. Polaillon montre une tumeur solide de l'ovaire qu'il a récemment enlevée à une femme de 32 ans; c'est un myxo-sarcome avec petits kystes, pesant plus de 6 kilogrammes. Le pédicule qui reliait la tumeur au ligament large était gros comme le bras et sillonné par des vaisseaux volumineux. Aussi ne crut-il pas prudent de lier avec de la soie ce pédicule même divisé, et de le rentrer; il fut fixé au dehors au moyen de broches et lié avec un cordon de caoutchouc. La toilette du péritoine fut faite avec des éponges antiseptiques, mais sans lavages. La durée de l'opération fut d'une heure dix minutes.

A ce propos, l'auteur insiste sur les dangers du lavage du péritoine, que l'on croit devoir faire quand il s'est produit dans la cavité péritonéale un épanchement de sang ou de pus. Mais quand on dirige sur le péritoine un courant d'eau chaude, on voit la respiration se modifier. Deux fois il l'a vue s'arrêter, puis se rétablir, ce qui est dangereux; une troisième fois, elle s'est arrêtée, et malgré la respiration artificielle, la malade n'a pu être rappelée à la vie. Il est donc certain que l'action de l'eau chaude sur le péritoine trouble la respiration, la ralentit, ou même l'arrête par syncope.

M. Polaillon ne croit pas que cette action se produise quand le liquide baigne les intestins ou les parties sous-ombilicales du péritoine, mais plutôt quand il arrive au contact du diaphragme; c'est un effet analogue à celui d'un choc sur le creux épigastrique. Or, le liquide arrive facilement jusqu'au diaphragme dans la situation où l'on place les malades pour l'ovariotomie. Plus grande est la différence entre la température du corps et celle du liquide, plus marquée sera l'action de ce dernier. Le sommeil chloroformique prédispose peut-être à la syncope, mais il n'en est pas la seule cause, puisque ce n'est qu'au moment du contact du liquide qu'elle s'est produite.

Or, le lavage du péritoine est parfois indispensable, et, malgré ses dangers, il faudra l'employer. Il faut donc être prévenu des conditions dans lesquelles les accidents se produisent pour pouvoir prendre les précautions voulues. Elles consistent : 1° à incliner le corps de la malade de façon à ce que le bassin soit sensiblement plus bas que le thorax; 2° à employer de l'eau ayant la température du corps, autant que possible; 3° à surveiller avec plus de soin encore la chloroformisation au moment du lavage.

— M. Larat lit un travail sur le traitement de l'occlusion intestinale par l'électrisation (méthode de Boudet, de Paris). Duchenne (de Boulogne) le premier, il y a trente ans, employa l'électrisation dans le traitement de cette affection. Il se servait des courants induits; aussi n'en obtint-il que des résultats médiocres, ces courants agissant énergiquement sur les muscles striés, mais n'ayant que peu d'action sur les fibres musculaires lisses. Depuis M. Boudet (de Paris), qui a repris la question et a fixé la méthode, on emploie les courants continus; un des électrodes est représenté par une plaque de zinc recouverte d'amadou ou de peau de chamois que l'on imbibe, l'autre étant une sonde qui pénètre dans le rectum et par laquelle on injecte une certaine quantité d'eau salée; la sonde est construite de façon à isoler le trajet anal du courant électrique; ce dernier doit passer par le liquide injecté.

Les choses étant ainsi disposées, on fait passer un courant d'une force de 35 à 40 milliampères pendant cinq minutes, en engageant le malade à résister aux efforts de la défécation; puis, au bout de ce temps, après avoir remis l'appareil au 0, on renverse le courant, qui, pour un même nombre d'éléments, est cette fois un peu plus intense par

suite des courants de polarisation. Toutes les vingt secondes, on interrompt le courant pour produire une secousse. Il est rare que le malade puisse supporter cette seconde partie plus de cinq minutes. Il est alors pris de besoin de défécation, et il rend ou non des matières et des gaz. Les matières peuvent provenir du bout inférieur; mais l'expulsion de gaz est de très bon pronostic.

Il est très fréquent qu'une seule application ne donne pas des résultats satisfaisants; il ne faut pas hésiter à recommencer sept ou huit heures plus tard. On peut faire ainsi quatre à cinq électrisations en deux jours. Très souvent on verra alors une débâcle survenir, et les purgatifs seront ensuite employés pour régulariser les selles.

La statistique de M. Boudet (de Paris) lui a donné 60 p. 100 de succès. L'auteur a eu l'occasion d'appliquer 19 fois cette méthode à l'occlusion intestinale, et il donne lecture de ses observations. Voici quelles sont ses conclusions :

Le diagnostic de la cause de l'occlusion intestinale est le plus souvent au moins obscur; sur 19 cas, il n'a été possible que 3 fois. Il en est de même à plus forte raison du diagnostic du siège, si important au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Les purgatifs, quand l'intestin est véritablement obstrué, n'ont aucune utilité; ils occasionnent des vomissements qui épuisent le malade.

L'électrisation par les courants continus donne le plus souvent d'excellents résultats, à condition de ne pas craindre de renouveler 4 et 5 fois les tentatives. Des 19 cas cités plus haut, si l'on retranche 3 cas d'erreur de diagnostic, la statistique de l'auteur lui donne 10 succès pour 6 insuccès. Il est vrai de dire que, parmi les dix, un malade, pour lequel l'électrisation avait été employée trop tardivement, est mort le lendemain, et deux autres atteints de néoplasmes ont succombé le mois suivant, mais sans avoir présenté de nouveaux phénomènes d'occlusion intestinale.

FORMULAIRE

Solutions hypodermiques de caféine. — Tanret.

1° Benzoate de soude...........................	3 grammes.
Caféine..	2 gr. 50 centigr.

Eau distillée, 6 gram., ou quantité suffisante pour obtenir 10 centimètres cubes. — Faire la solution à chaud. Chaque centimètre cube de cette solution contient 0, gr. 25 centigr. de caféine.

2° Salicylate de soude.......................	3 gr. 10 centigr.
Caféine.....................................	4 grammes.

Eau distillée, 6 gram. ou quantité suffisante pour obtenir 10 centimètres cubes de solution, que l'on prépare à chaud. — Chaque centimètre cube renferme 0, gr. 40 centigr. de caféine.

Lorsqu'il y a lieu d'associer l'action excitante à l'action tonique, on doit associer aux injections de caféine les injections d'éther. — La caféine, en injections sous-cutanées, offre de grands avantages par son action excitante et tonique, par ses propriétés cardiosthéniques, par ses effets diurétiques, qu'il n'est pas indifférent d'obtenir dans les maladies adynamiques ou infectieuses, souvent compliquées d'albuminurie et d'affaiblissement cardiaque (fièvre typhoïde, pneumonie infectieuse, états adynamiques).

N. G.

COURRIER

La Faculté de médecine de Montpellier a dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats aux chaires laissées vacantes, d'une part par la mise à la retraite de M. le professeur Benoist, et d'autre part par le passage de M. le professeur Castan à la chaire de clinique médicale :

1° Chaire d'anatomie : en première ligne, M. le docteur Paulet ; en deuxième ligne, M. le docteur Bimar.

2° Chaire de pathologie interne : en première ligne, M. le docteur Carrieu; en deuxième ligne, M. le docteur Mossé.

MONTPELLIER. — M. le docteur Gerbaud, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire d'*accouchements*.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Frémy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission aux Etats-Unis, à l'effet de visiter les établissements publics et privés de ce pays affectés au traitement de la tuberculose.

— M. Tourdes, professeur de médecine légale et doyen de la Faculté de médecine de Nancy, atteint par la limite d'âge, est admis, par décision ministérielle, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

CAEN. — M. Faivre-Dupaigre, agrégé de physique, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Caen.

LIMOGES. — M. le docteur Boudet, ancien suppléant à l'école de médecine de Limoges, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite Ecole. Cet arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1888.

— M. le docteur de Musgrave-Clay est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Pau.

— M. le docteur Sabadini vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

— Les questions suivantes sont mises au concours par l'Institut des sciences, arts et lettres de Milan, concours auquel les médecins italiens et étrangers peuvent prendre part et dont les prix seront décernés en 1889.

1° Prix Cagnola (une somme de 1,500 francs et une médaille d'or de 500 francs) : « Histoire de l'hypnotisme ; étude critique de tous les documents qui s'y rapportent et observations personnelles. » Les mémoires devront être adressés avant le 1er mai 1889.

2° Prix Cagnola (une somme de 2,500 francs et une médaille d'or de 500 francs) : « Une découverte bien démontrée relative aux moyens de guérison de la pellagre ou à la nature des miasmes et contages. » Les mémoires peuvent être adressés jusqu'au 31 décembre 1888.

3° Prix Fossatis (une somme de 4,000 francs) : « Sur l'embryogénie du système nerveux ou une de ses parties chez les mammifères avec recherches personnelles illustrées par des dessins et des planches. » Les mémoires doivent être adressés avant le 1er mai 1889.

S'adresser pour plus amples renseignements à l'Institut royal lombard des sciences, lettres et arts, à Milan.

— Un poste de médecin civil est vacant à Miquelon. Cette place rapporte un revenu annuel qui peut être évalué à environ 7,000 francs, et le titulaire a droit, en outre, au logement en nature, ainsi qu'au passage gratuit (aller et retour) pour lui et sa famille.

Pour être accepté par l'administration des colonies, il faut être docteur en médecine, prendre l'engagement de résider au moins trois ans dans la colonie et de ne résigner ses fonctions que dûment remplacé.

Les candidats doivent adresser leur demande au ministère de la marine et des colonies (administration des colonies — 1re division — 1er bureau) en y joignant leurs diplômes, tous certificats constatant leur honorabilité et leurs aptitudes professionnelles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Maladie bleue (cyanose). — Bruits cyano-anémiques,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 avril 1888

Par P. Duroziez.

« J'emploie, dit E. Gintrac, de préférence aux autres noms, celui de cyanose, parce qu'il est court et qu'il a le droit de priorité. » Le terme, cyanose, est l'équivalent de maladie bleue ; nous n'aurions pas d'objection à faire s'il n'avait pas été détourné de son sens et si on n'avait pas appelé bleu ce qui ne l'est pas. Les théories ont changé sur la cause de la modification de la couleur ; on n'a plus admis que la cyanose dépendît du mélange des deux sangs ; elle serait produite, même pour Corvisart, par la lésion du cœur née de la perforation de ses cloisons. Le terme, cyanose, s'élargissait comme la lésion et s'appliquait à tous les cas où il y a gêne de la circulation. La maladie bleue avait vécu ; elle mérite de vivre. Il y a une maladie constituée par le passage du sang noir dans le sang rouge, qui a pour signe le plus habituel une coloration particulière de la peau, facilement reconnaissable, se rapprochant de la teinte bleue. La gêne de la circulation survient, augmente ; la couleur perd sa pureté primitive ; mais, à l'état simple, pur, la couleur bleue existe, signe pathognomonique d'un même ordre de lésions. Le terme, cyanose, excellent, mérite d'être conservé, à la condition d'être employé comme synonyme de maladie bleue, avec le mélange des deux sangs comme représentation anatomique.

La vivacité et l'ingéniosité des critiques faites à cette théorie si simple dépassent le prévu. « La théorie du mélange des deux sangs croule, dit un adversaire étranger ; mais l'extrême fréquence de la cyanose dans la communication anormale des cavités cardiaques, fréquence beaucoup plus grande ici que dans tout autre état pathologique, doit avoir sa cause ; cela est évident, mais cette cause n'est point le mélange des deux sangs. » Vous reconnaissez tout cela et vous allez chercher le rétrécissement de l'artère pulmonaire, qui à lui seul, comme C. Paul l'a démontré, ne produit pas la cyanose. Le rétrécissement pulmonaire détermine le passage du sang de droite à gauche, quand il y a une communication anormale, mais ne fait pas la cyanose. On a en face de soi l'extrême fréquence et on va épiloguer sur quelques cas exceptionnels ; c'est bien peu clinique.

On ne voit, dans le passage du sang veineux dans le sang rouge, qu'un

simple mélange; nous pensons qu'il y a en plus des réactions difficiles à spécifier, une intoxication complexe.

« Dans l'anévrysme variqueux, dit Morvan, le trouble de la circulation se révèle par la teinte bleuâtre de la partie malade, quand elle est dans une position déclive. » Morvan n'admet pas que le sang veineux puisse passer dans le sang artériel, comme le pensait Breschet, qui n'a pas tout à fait tort. « Le sang veineux, dit Breschet, reflue dans l'artère lors de la diastole artérielle. (Ici, Breschet confond certainement la diastole avec la systole.) Et s'il n'en est pas ainsi, d'où vient que le membre s'engourdit, que sa chaleur et sa motilité diminuent, et qu'enfin il finit par être frappé d'une atonie comparable à une paralysie? D'où vient que, peu à peu, cette artère se dilate et qu'elle perd tous ses caractères pour revêtir ceux d'une veine? » Morvan croyait que tous les bruits de la chlorose se passent dans les artères; il trouve ces bruits au niveau de l'anévrysme artérioso-veineux; il ne met pas en doute qu'ils se passent dans l'artère. Quand on comprime une artère, on produit le souffle du premier temps, mais non un bruit continu. Le bruit continu de la varice anévrysmale peut donc être dû à la veine dont le sang passe dans l'artère, la veine devenant artérielle et l'artère devenant veineuse. Nous expliquons ainsi la teinte bleuâtre. Que notre ami Morvan nous le pardonne.

Quelle est l'altération du sang? Elle est complexe; ce ne sont pas seulement l'oxygène et l'acide carbonique qui sont en moins et en plus; c'est trop simplifier; il y a autre chose que de l'oxygène et de l'acide carbonique dans le sang; le sang n'est pas le même que celui d'un emphysémateux ou d'un asystolique; la couleur de la peau doit être spéciale, et elle l'est. C'est une chloro-anémie particulière, de la cyano-anémie, et nous trouvons des bruits chloro-anémiques spéciaux, des bruits que nous proposons d'appeler cyano-anémiques. Tout dans la maladie bleue est spécial, la lésion comme les symptômes. Où trouver cette couleur qui va, de la lividité, au plomb, à la suie, à l'encre en passant par l'ardoise et le bleu? Où trouver cette prostration, ce refroidissement?

Dans les lésions du cœur, il y a de l'œdème; ici il est exceptionnel. On admet des signes et des symptômes particuliers pour la maladie bleue et on ne veut pas que le sang prenne une couleur particulière. Le sang n'a-t-il pas une couleur spéciale dans la chlorose, dans le cancer, dans l'infection palustre, le choléra? Or, non seulement le sang a une couleur spéciale, mais encore il vibre d'une façon spéciale, il a des bruits spéciaux. On entend, au niveau du cou, des bruits intenses qu'on retrouve au-dessous de la clavicule, vers les premiers espaces gauches, le long du sternum; on entend un souffle au deuxième temps jusque vers l'épigastre et jusqu'au niveau de l'aine. Quelques médecins attribuent ces bruits à la persistance du canal artériel, dont l'autopsie démontre l'absence, peut-être à une insuffisance aortique, dont l'autopsie démontre aussi l'absence. Nous n'avons pas souvent l'occasion de mettre à l'épreuve notre opinion sur la spécialisation des bruits; que les médecins qui seront plus heureux que nous veuillent bien vérifier notre assertion et nous venir en aide ou nous contredire. Nous citons trois faits, observés par nous, remarquables sous ce rapport.

I. — Thiercelin, 37 ans, maréchal-ferrant. Maladie bleue (cyanose).

Une sœur du malade a la maladie bleue, d'après ce que nous décrit le malade.

Le 10 novembre 1884, 37°,11, pouls 44; 37°,12, pouls 56; 38°. La maladie bleue date de la naissance. La langue est bleue ainsi que les lèvres; les yeux le sont moins, à peu près

comme les ongles. La peau est pâle. Il a pu faire son métier de maréchal-ferrant sans gêne jusque dernièrement; il n'a jamais été à l'hôpital.

On n'aperçoit pas les mouvements du cœur. Le pouls jugulaire est présystolique. Pas de dilatation des veines. Pas d'œdème. Pouls radial régulier, vibrant, développé, dicrote. Pas d'impulsion du cœur. Pas de frémissement.

Résonnance normale sous le sternum. Matité s'avançant en dehors du mamelon, ne descendant pas.

Le sphygmographe donne le tracé de l'insuffisance aortique.

Souffle doux, non vibrant, non râpeux sur toute la surface du cœur. Pas de souffle au deuxième temps. Deuxième claquement sonore pour l'aorte, un peu ronflant pour l'artère pulmonaire. Double souffle crural.

Le 21 décembre. — Il s'affaiblit, a sa raison, mais parle à peine; couché étendu sur le dos, il respire lentement, on a de la peine à découvrir les mouvements respiratoires. Pouls développé, régulier. On ne sent pas le cœur.

Le cœur n'est pas gros. Pas de développement des jugulaires. Les claquements sont normaux à droite et à gauche; pas de souffle. En haut et à gauche, au-dessus et au-dessous de la clavicule, en haut du sternum et au niveau de la partie découverte du cœur, on entend un souffle au deuxième temps, constant, mais plus éclatant à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration; plus fort au niveau de la partie interne du premier espace où on entend un bruit continu vague qu'on ne retrouve pas au niveau du cœur.

La pâleur plombée est très accentuée. Les lèvres sont le plus foncées. Sur le reste du corps, la couleur est d'un bleu gris terne.

L'auscultation ne nous donne pas d'autre signe que le souffle qui vient après le deuxième claquement; le rythme est à trois temps.

Le 5 janvier 1885. — Il s'est levé dans la journée et mange.

Le 28. — Pouls régulier, faible, 60. Pas d'impulsion du cœur. Pas de développement. A gauche, claquements nets. Premier bruit ronflant à droite et en haut, au niveau du ventricule droit; moins de résonnance à droite qu'à gauche. Deuxième claquement fort à droite. Même couleur bleue. On empêche le malade de se lever. Il est impatient. La température a oscillé entre 36°8 et 37°4, montant deux fois à 38°8 et 38°4.

Le 15 juin. — Eschares. Coma.

Le 24. — Le malade est étendu sur le dos, sans manifestation d'intelligence. Il conserve la même couleur bleue. Le cœur et les poumons sont refoulés; l'abdomen est distendu. Je n'entends au cœur aucun bruit anormal, aucun souffle.

Autopsie le 29 juin. — On n'a pas trouvé d'autre lésion que la communication canaliculée du trou ovale dans une membrane indurée. Le lendemain, nous voyons le cœur dans l'alcool. Il est légèrement augmenté de volume, ainsi que l'aorte dont les parois sont un peu épaissies et athéromateuses. Les valvules sont intactes, tricuspide, mitrale, pulmonaires, aortiques. Les sphincters de l'oreillette droite sont bien dessinés. On aperçoit dans le fond de la bourse de la veine cave inférieure la membrane du trou ovale épaissie, traversée par un canal oblique que masquent les valves; il n'y a pas de trou en emporte-pièce.

Remarques. — Il n'y a pas d'autre lésion que la persistance du trou ovale, presque minime, et cependant la maladie bleue est très nette, avec tous ses symptômes. Il faut réfléchir qu'à chaque mouvement du cœur il entre du sang noir dans le sang rouge.

II. — Sauvaget, 36 ans, terrassier. Maladie bleue.

Le 2 juin 1877. — Il a toujours été bleu et cependant il est terrassier depuis son enfance. Il a une sœur de 27 ans qui est bleue. Malaises fréquents et toux. Les forces diminuent. Névralgie faciale. Il entre pour des douleurs des genoux et des poignets. Palpitations de tout temps, surtout quand il travaille fort. En général, le pouls est régulier; ce matin, j'ai assisté à une crise d'irrégularités. Pouls 76, petit, mou. La pointe se détache vivement, dans le quatrième espace, un peu en dehors du mamelon.

Le cœur n'est pas gros. Bruits chlorotiques. Bruit musical au deuxième temps, cou et deuxième espace intercostal gauche; premier claquement net à droite et à gauche; deuxième claquement net, assez fort. Pas de souffle ni en jet de vapeur, ni autre. Bruit ronflant, roulant au premier temps jusque dans l'aisselle. L'état chlorotique domine.

Le 5. — Cœur, 10 c. 5 sur 16 c.; la matité envahit le deuxième espace. Céphalalgie. Claquements à gauche. Bruit ronflant au premier temps.

Le 6. — Pouls 52, régulier, faible. Premier claquement très net à gauche et à droite. Ronflement à la pointe jusqu'en haut; deuxième claquement à peu près normal. Au cou, bruit musical au deuxième temps. Souffle léger au premier temps. La pointe bat derrière le mamelon dans le quatrième espace. Le cœur mesure 9 c. 1/2 sur 15 c. 1/2. Toujours de la matité dans le deuxième espace gauche. Couleur bleu foncé. Rien de notable pour la respiration; pas de râles. Pas de souffle cardiaque en arrière.

Remarques. — Encore ici nous trouvons les bruits chlorotiques associés à la maladie bleue.

Dans l'observation suivante, la maladie bleue existait, mais non très intense, variable. Le diagnostic n'était pas le même pour tous; l'un admettait la persistance du canal artériel, l'autre celle du trou ovale.

III. — Gueffier, 18 ans. Maladie bleue.

Le 18 juillet 1885. — Réglée à 16 ans 1/2, bien. Elle n'a jamais pu courir. Elle est malade depuis six ans.

Agitation continuelle. Ongles bleus. Souffle à double courant passant en arrière. Double souffle crural. Pas de pouls veineux. Pouls régulier. Cœur un peu gros. On entend des claquements partout. Pas de souffle d'insuffisance ni mitrale, ni aortique.

Le 19. — Elle se trouve mieux levée que couchée. Agitation continuelle, choréique. Teint pâle. Claquements normaux. Cœur normal. Double souffle chlorotique très fort au-dessous de la clavicule gauche, s'entendant en arrière à gauche, au niveau de la poitrine, ne s'entendant ni aux reins, ni à la tête. C'est la forme chlorotique exagérée. Pas de frémissement. Pouls régulier, développé.

Le 20. — Double souffle crural. Souffle à forme chlorotique au niveau du deuxième espace gauche; le souffle n'est pas continu; il a un moment d'arrêt; il est tantôt simple, tantôt double entre les deux claquements. Couleur plombée en ce moment.

Le 21. — Pouls régulier, assez développé. Peu de cyanose; peu d'agitation. Le cœur n'est pas gros. A gauche et à droite, on entend des claquements forts. Souffle au deuxième temps en bas du sternum. Au cou, ronflement comme au niveau du cœur, au premier et au deuxième temps. Double souffle crural.

Le 22. — Anesthésie du bras droit. Bruits chlorotiques au cou. Double souffle crural.

Remarques. — Comme dans les cas précédents, nous trouvons des bruits anémiques intenses; nous sommes frappé de la production facile d'un souffle au deuxième temps qui ferait croire à une insuffisance aortique, mais que nous assimilons au souffle du deuxième temps chlorotique du cou.

N'y a-t-il pas quelque chose de spécial dans les cas que nous avons rapportés? La note dominante est-elle la gêne de la circulation? Nous avons affaire à une altération profonde du sang, à une chlorose grave, à un état scorbutique, disaient quelques anciens, et nous avons la prétention, quoi qu'on dise, de doter cet état particulier du sang d'une pathologie nouvelle. Qu'on étudie les différentes chloro-anémies et peut-être on trouvera des bruits différents; les bruits de la chlorose ne ressemblent pas à ceux de l'anémie et de la chloro-anémie. Les bruits de la cyanose diffèrent de ceux de la chlorose et se rapprochent de ceux du choléra et de l'intoxication saturnine. Il y a lieu d'étudier les bruits vasculaires comme on le fait des bruits cardiaques.

(A suivre.)

Hystérectomie vaginale pour un énorme fibrome utérin ayant occasionné une inversion complète de l'utérus avec procidence de la tumeur en dehors de la vulve. — Guérison.

Par M. Bucquet, chirurgien adjoint à l'hôpital de Laval.

Observation. — Marie B..., femme B..., 36 ans, journalière à Montsurs (Mayenne). Réglée pour la première fois à 13 ans, cette femme s'est mariée à 19 ans; elle n'a pas eu d'enfants et n'a jamais été malade avant le début de l'affection actuelle.

Il y a dix-huit mois (janvier 1887), elle fut atteinte d'une métrorrhagie violente avec coliques; puis, pendant toute l'année 1837, de nouvelles métrorrhagies survinrent fréquentes et irrégulières, sans qu'aucun médecin fût consulté. En mars 1888 seulement, la malade s'adressa à M. le docteur Jacob (de Montsurs), qui reconnut un énorme fibrome utérin et qui l'adressa à l'hôpital de Laval.

La femme B... fit à cette époque un court séjour dans le service de M. le docteur Cellier, chirurgien de l'hôpital de Laval. Dès lors, l'état général était mauvais; la malade, épuisée par ses métrorrhagies continuelles, avait de la fièvre et souffrait beaucoup.

A la palpation du bas-ventre, on sentait l'utérus gros comme un utérus au cinquième mois d'une grossesse et dépassant le pubis; au toucher vaginal, on sentait le col absolument fermé et les culs-de-sac entièrement libres.

Devant l'impossibilité d'une intervention plus radicale, M. Cellier se borna à administrer de l'ergotine à l'intérieur et en injections sous-cutanées.

Au bout de quinze jours, la malade retournait à Montsurs où elle continuait ce traitement, sous l'influence duquel les métrorrhagies ont disparu peu à peu.

Le 26 juin 1888, à la suite de coliques très violentes, la malade finit par accoucher littéralement de sa tumeur sans perdre beaucoup de sang.

Ce n'est que le dimanche, 1er juillet, dans la soirée qu'elle se décida à revenir à l'hôpital de Laval.

Le 2 juillet, étant chargé du service en l'absence de M. Cellier, je trouve la malade dans un état fort grave. Les téguments ont une teinte subictérique; la température dépasse 39°3; le pouls est très faible. Il y a des vomissements presque continuels.

La malade porte entre les cuisses une énorme tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, à moitié sphacélée déjà, et dans laquelle il est assez difficile de distinguer ce qui appartient au fibrome et ce qui appartient au tissu de l'utérus.

La tumeur se compose d'une masse séparée par un étranglement en deux parties inégales. Dans la première, on peut reconnaître le fibrome; l'autre semble formée par le corps de la matrice retourné sur lui-même en inversion complète.

En attirant la tumeur au dehors, on reconnaît la limite du vagin sur le col de l'utérus. Le vagin est retourné sur lui-même comme un gant et forme une espèce de pédicule circulaire, autour duquel le doigt ne rencontre que les culs-de-sac du vagin libres, mais tout à fait surbaissés.

En l'absence de M. Cellier, je me décide à opérer dès le lendemain.

Opération, le 3 juillet 1888, avec l'aide de MM. Angot et Chevallier, médecins de l'hôpital.

1° Avant d'endormir la malade, j'introduis une sonde dans la vessie qui est complètement libre. En faisant mouvoir la sonde dans tous les sens, je reconnais que la vessie n'a pas suivi le mouvement de descente du vagin. Je vide la vessie entièrement. Toilette antiseptique de la vulve, et injection d'eau phéniquée forte.

2° La malade étant endormie, je place à la base de la tumeur, aussi haut que possible, sur le pédicule formé par le vagin renversé, un fort tube de caoutchouc rouge trempé dans l'eau phéniquée depuis la veille, avec lequel je fais un double tour et un nœud très serré, maintenu pour plus de sûreté par une pince à forcipressure.

Cette ligature élastique remonte de plus en plus à mesure que je serre et arrive ainsi jusqu'au-dessus du niveau du bord supérieur de l'utérus. J'obtiens ainsi un pédi-

cule circulaire très serré, formé par le vagin renversé, tout à fait comparable au collet d'une bourse serré en son milieu.

3° Je fais alors une incision sur le vagin en pénétrant jusque sur la surface péritonéale de la matrice. En relevant l'espèce de manchette formée ainsi par le vagin incisé circulairement, je mets à découvert le bord supérieur de l'utérus, qui n'est plus adhérent que par les deux trompes.

4° Avant d'aller plus loin, je me débarrasse de la plus grande partie de la tumeur par une section transversale en plein tissu du corps de l'utérus. Cette section n'a pas donné une goutte de sang.

Je place ensuite deux ligatures très serrées et très solides en crin de Florence sur chacune des trompes que je sectionne ensuite. Du côté droit, la section de la trompe est placée au-dessus de l'ovaire, lequel est appliqué contre l'utérus et vient avec celui-ci

5° Je fais maintenir le pédicule tout près de la vulve par des tractions exercées sur le tube en caoutchouc. Je fais ainsi facilement la toilette du vagin avec de l'eau phéniquée forte; puis je réunis avec six points de suture au crin de Florence aussi exactement que possible les bords du vagin incisé.

J'abandonne ensuite le tout en laissant à demeure la ligature élastique.

La durée de l'opération n'a pas dépassé une demi-heure. La perte de sang a été nulle.

Le pansement a consisté à remplir le vagin de gaze iodoformée, et à laisser en permanence sur la vulve une éponge neuve ayant bouilli dans l'eau phéniquée pendant douze heures.

Le tout était placé de façon à ce que la femme pût être sondée les jours suivants sans rien déranger au pansement.

Les suites de l'opération ont été assez longues, mais exemptes de complications. La ligature élastique est tombée au bout de quarante-huit heures. Cependant la malade a eu, pendant plus de huit jours, une fièvre violente, atteignant le soir 39° et ayant un caractère rémittent. Cette fièvre venait évidemment de l'état antérieur à l'opération et de l'auto-infection de l'économie par cette tumeur sphacélée au contact de l'air extérieur pendant sept jours.

Cependant, le quinzième jour, la fièvre avait disparu, et, à la fin du mois de juillet, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

— Dans ces conditions spéciales, l'hystérectomie vaginale ne ressemble pas à ce qu'elle est d'ordinaire; le manuel opératoire adopté par le distingué chirurgien de Laval diffère donc absolument de celui qu'il aurait suivi dans l'extirpation d'un utérus cancéreux. Il n'en est pas moins vrai qu'une ablation totale de l'utérus par le vagin, même dans ces conditions, aurait passé, il y a quelques années à peine, pour une énormité. Aussi tenons-nous à féliciter notre confrère de son heureuse hardiesse, et de l'habileté avec laquelle il a su poser l'indication et la remplir dans ce cas fort intéressant. — *N. de la R.*

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Questions diverses (1).

Parmi les dangers qui peuvent provenir des animaux tuberculeux, M. Degive, professeur à l'Ecole vétérinaire de Bruxelles, a signalé l'infection par le vaccin pris sur des veaux atteints de tuberculose. Pour y remédier, il demande que le Congrès conseille d'abattre toujours les veaux et d'en faire l'autopsie avant d'employer le vaccin. Cette pratique, employée à Bruxelles, a fourni d'excellents résultats.

M. Chauveau partage en principe la manière de voir de M. Degive, car les résultats

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août 1888.

fournis par l'Institut vaccinal lyonnais, où l'on procède comme à Bruxelles, ne sont pas moins satisfaisants. A Paris, on est un peu en retard, mais il ne faut pas exagérer le danger. En premier lieu, le vaccin est bien rarement tuberculeux. De plus, l'expérience a montré qu'il était fort difficile d'inoculer la tuberculose par érosion superficielle. En présence de ces résultats, il ne faut pas chercher à inspirer des craintes sans fondement sérieux, qui pourraient faire éviter la vaccination par certains sujets pusillanimes, et cela au grand détriment de la santé publique. Personne plus que moi, ajoute M. Chauveau, ne désire l'application des conseils de M. Degive, mais jusque-là vaccinons sans crainte, et le plus possible.

La vitalité des germes de la tuberculose dans différentes conditions a été étudiée par MM. Chantemesse, Widal, Cadéac, Galtier, Arloing et Babès.

MM. Chantemesse et Widal ont vu que les bacilles tuberculeux, plongés dans l'eau de rivière, pouvaient conserver leur vitalité pendant 70 jours; ils ne connaissent pas encore les limites de leur nocuité, qui peut probablement reparaître lorsqu'ils se trouvent dans un milieu favorable; mais MM. Cadéac et Galtier, qui ont recherché ce point, ont vu que la virulence persistait encore au bout de 120 jours.

M. Arloing a essayé d'entraver la virulence des bacilles en leur opposant d'autres bacilles pathogènes. Ceux de la scrofule n'ont nullement modifié l'évolution d'une tuberculose inoculée ultérieurement; ceux de la fièvre typhoïde n'ont pas été plus heureux. L'ablation des ganglions sur le trajet des lymphatiques de la région inoculée n'a pas non plus retardé la généralisation de la tuberculose.

D'après M. Babès, divers microbes se combinent avec le bacille de Koch dans les foyers tuberculeux, et, loin de se nuire les uns aux autres, s'associent pour amener la destruction du foyer et la mort du malade. Par exemple, la tuberculose latente capsulée, extrêmement fréquente chez l'enfant, sous la forme d'une tuberculose des ganglions, peut devenir active et grave sous l'influence de l'arrivée d'autres microbes; il en est de même pour les autres localisations de la tuberculose, dans le poumon, les os, les articulations, etc. Si donc les bactéries de la suppuration, de la gangrène, de la blennorrhagie se rencontrent avec le bacille de Koch, ils favorisent sa culture et, de leur côté, par leur séjour dans les foyers tuberculeux, empruntent des propriétés septiques nouvelles.

Plusieurs membres du Congrès, s'appuyant sur la présence possible des bacilles dans la viande crue et le sang frais des animaux tuberculeux, se sont élevés contre l'usage de l'une (Hureau de Villeneuve) et de l'autre (L. Guinard). De son côté, pour prévenir les accidents, M. Cartier recommande aux malades à qui l'usage de la viande crue paraît nécessaire, de se servir de celle de mouton ou de chèvre; à ceux qui désirent boire du sang dans les abattoirs, celui des mêmes animaux, surtout de ceux qui ont vécu à l'air libre. En buvant le sang du mouton, si l'on n'était averti et si l'on fermait les yeux, on croirait presque boire du lait chaud et on n'éprouve aucun dégoût. Pour les bains locaux de sang, il recommande également le sang de mouton. Enfin, il convient encore d'employer le sang de chèvre ou de mouton pour la clarification des vins ou autres liquides.

Les douleurs des moignons, si rebelles chez certains amputés du membre inférieur, qui les localisent à l'extrémité de ce membre, ont été bien étudiées par M. A. Guinard chez deux tuberculeux. Chez ces malades, la douleur était due à la compression des nerfs du petit bassin par un abcès froid secondaire venu vers la fosse iliaque ou par une tumeur ganglionnaire. Dans le premier cas, l'abcès guérit par la ponction et l'injection d'éther iodoformé, et les douleurs disparurent peu à peu.

Il suffit d'avoir l'attention attirée sur ces faits pour ne pas s'y tromper, et lorsqu'un amputé tuberculeux présentera cet accident si fâcheux de la névralgie du moignon, il faudra chercher dans les régions voisines si les nerfs ne sont pas comprimés par une lésion tuberculeuse, abcès ou engorgement ganglionnaire. Car c'est la guérison de cette lésion qui sera seule capable de faire disparaître les phénomènes douloureux.

Les produits tuberculeux conservent-ils leur virulence après dessiccation? Des expériences de MM. Cadéac et Mallet ont paru innocenter quelque peu les poussières desséchées de ces produits. A ce sujet, MM. Gallois et de Souza ont obtenu des résultats dif-

férents en faisant inhaler des poussières tuberculeuses parfaitement desséchées, car, par quelques aspirations seulement, 12 cobayes sur 14 se sont tuberculisés. Il a donc dû y avoir quelques autres facteurs dans les résultats négatifs de MM. Cadéac et Mallet, et le danger des substances tuberculeuses suspendues dans l'air semble toujours subsister, même après dessiccation.

De cette question se rapproche celle qui a été développée par M. Giorgieri (de Florence), et qui sera probablement mise à l'ordre du jour du prochain Congrès, l'hospitalisation des tuberculeux. Pour le moment, M. Giorgeri pense que, dans les villes où il n'y a pas d'hôpitaux spéciaux destinés aux tuberculeux, il est indispensable de les hospitaliser dans des sections ou pavillons isolés (bien aérés et bien ventilés) en se préoccupant de rendre cet isolement le plus effectif possible. Mais il importe de rendre régulière et rigoureuse la désinfection des salles où séjournent les tuberculeux. Cette désinfection doit s'étendre aux vêtements, linge et objets ayant servi à un titre quelconque, à leur usage, aux crachoirs, etc. Il faut, de plus, préposer à la surveillance et à la garde des malades tuberculeux, des personnes saines et robustes, ayant dépassé la trentaine, afin de diminuer les probabilités de la contagion.

Ces conditions ont déjà été réclamées par bien d'autres membres du corps médical des hôpitaux, et M. Landouzy les a rappelées au Congrès. On a également tenu compte de ces desiderata dans les vœux qui ont été formulés par les membres du Congrès et que M. le président Chauveau a résumés dans plusieurs propositions que nous donnerons prochainement.

D'autres communications ont encore été faites au Congrès. Elles sont relatives à la médecine vétérinaire et à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Nous ne ferons que les signaler, les premières étant un peu trop spéciales pour nos lecteurs, les autres ne renfermant que des faits confirmatifs de médications déjà connues.

Telles sont celles de : MM. Frégis, Sur la tuberculose provoquée par les taureaux reproducteurs; — Girard (de Reims), Saisie des animaux tuberculeux; — Laquerrière, Les vaches tuberculeuses dans le département de la Seine; — Trasbot (d'Alfort), Contagion par la cohabitation d'animaux sains avec les animaux malades; — Roussel, Usages de la médication hypodermique antiseptique contre la tuberculose; — Jorissenne et Chauvin (de Liège), Avantages de la médication iodoformée; — Luton (de Reims), Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre; — Brémont, Influence du traitement térébenthiné sur la phthisie pulmonaire; — Sandras, Des vernis balsamiques dans le traitement de la phthisie; — Raimondi, Emploi des inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Nous mentionnerons cependant quelques-unes de ces communications :

M. le docteur Quénu a employé pour la première fois les attouchements de solutions faibles d'acide fluorhydrique dans le traitement des tuberculoses locales et en a retiré de bons résultats.

M. le docteur Schoull, qui préconise le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations de pulvérisation d'acide borique, fait remarquer que les solutions qu'il emploie sont à 2 p. 100 et non à 20 p. 100, comme on l'a imprimé par erreur dans un article publié par lui dans la *Gazette hebdomadaire.*

MM. le docteur Legroux a exposé les principes du traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations créosotées, décrit dans la thèse de M. le docteur Lesguillon. Il emploie les pulvérisations d'huile créosotée à 20 p. 1,000 dans une chambre close.

MM. Frémy (de Nice) et Daremberg insistent sur les bons effets du traitement des phthisiques dans des établissements fermés. Dans ces établissements, le traitement et surtout l'hygiène des tuberculeux sont soumis à un contrôle sévère. M. Hippocrate Callias expose aussi la nécessité et l'importance de l'hygiène dans le traitement de la tuberculose, tandis que M. Tison parle de l'influence des logements malsains sur le développement de cette affection.

M. Léon Petit a annoncé au Congrès qu'il venait de se fonder une œuvre charitable, dite *Œuvre des candidats à la tuberculose,* qui a pour but de recueillir, dès le bas âge, les enfants pauvres issus de parents tuberculeux, afin de les élever avec hygiène et de les conduire jusqu'à l'état adulte. Cette œuvre, qui fera des hommes sains d'enfants

voués irrémédiablement à la maladie, possède dès aujourd'hui deux hôpitaux : l'un à Ormesson, près de Paris, l'autre à Valescure, au bord de la Méditerranée. Il est à souhaiter que la charité étende le pouvoir de cette œuvre, qui a tenu à se mettre, dès sa naissance, sous le couvert scientifique du Congrès de la tuberculose.

Mentionnons, enfin, en regrettant de ne pouvoir le faire plus longuement, les visites du Congrès aux laboratoires du MM. les professeurs Cornil et Straus, au musée d'hygiène de la Faculté, où M. le professeur Proust avait réuni tous les appareils relatifs à la prophylaxie de la tuberculose; à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, où MM. Nocard, Leclainche, Thoinot, etc., ont fait des démonstrations pratiques des plus intéressantes sur des animaux tuberculeux. Tous les membres présents out emporté le meilleur souvenir de ces excursions purement scientifiques.

CORRESPONDANCE

29 août 1888.

Mon cher confrère,

Le journal l'*Intransigeant* du 29 août propose de faire suppléer les médecins et chirurgiens des hôpitaux en vacances par des médecins des bureaux de bienfaisance. A cela, je réponds par la lettre ci-jointe que je vous serais très obligé de publier dans un prochain numéro. Peut-être l'administration de l'Assistance publique se décidera-t-elle à modifier le jury et les épreuves pour les Bureaux de bienfaisance. Tout le monde y gagnera.

Mille compliments et merci d'avance. Dr Grange.

Monsieur le rédacteur,

Pour que les médecins des Bureaux de bienfaisance pussent suppléer les médecins des hôpitaux, il faudrait que *tous* eussent reçu l'investiture des mêmes juges, dans les mêmes concours, ce qui n'est pas malheureusement. Autant les concours pour les hôpitaux sont sérieux, et par la qualité des juges et par la nature des épreuves et par le travail du candidat, autant le seul dernier concours à 35 des places de médecins du traitement à domicile a laissé à désirer à tous les points de vue.

Ce qui est indispensable pour le bien du service, c'est que le jury des concours pour les Bureaux de bienfaisance soit formé de médecins des hôpitaux, et que tous les médecins des Bureaux de bienfaisance, à l'expiration de leur période d'exercice, soient sans exception soumis aux épreuves du concours sans qu'il soit tenu compte de ce que l'on appelle les services rendus.

Il est, en effet, peu équitable que les indigents, suivant qu'ils sont soignés à l'hôpital ou chez eux, soient traités par des médecins n'ayant pas pour investiture les mêmes concours.

Veuillez agréer, je vous prie, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Grange.

BIBLIOTHÈQUE

Guide pratique pour les travaux de micrographie, par H. Beauregard et V. Galippe. 2e édition entièrement refondue. — Paris, Masson, 1888.

Cet ouvrage, essentiellement classique, avait eu un grand succès lors de sa première apparition. Par suite des progrès incessants de l'histologie animale et végétale, par suite surtout des immenses découvertes de la microbiologie, une nouvelle édition était devenue nécessaire.

Les auteurs ont suivi le plan qu'ils avaient adopté dans leur précédente édition, en se bornant à remanier les anciens chapitres ou à en ajouter de nouveaux, et à multiplier avec juste raison les renseignements dits *sujets d'études*.

Dans la première partie, consacrée à l'histologie végétale, nous avons surtout à noter le chapitre IX, dans lequel sont décrits les schizomycètes ou bactéries. Là, sont étudiées la préparation, la culture et la classification des micro-organismes. Les caractères, qui permettent d'essayer de les séparer les uns des autres, sont étudiés en détail et présentés d'une manière nette et claire qui facilitera beaucoup la tâche des commençants.

L'histologie animale est étudiée au point de vue pratique avec les plus grands détails. Nous signalerons principalement le chapitre XIII consacré à l'étude du sang normal et pathologique, le chapitre XV où on trouve décrits les sédiments urinaires, et enfin à la fin du livre les chapitres réservés à l'étude des corpuscules et des miasmes de l'air, à l'examen microscopique des eaux et à l'examen des cheveux et des poils au point de vue de la médecine légale. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des pleurésies purulentes par les ponctions répétées à courts intervalles, par H. Desplats (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1888, 31). — Voici les règles posées par l'auteur :

1° Lorsque vous *soupçonnerez* un épanchement purulent, n'attendez pas, et faites, séance tenante, une, deux, trois ponctions exploratrices. C'est le seul moyen d'acquérir la certitude;

2° Si la ponction exploratrice révèle la présence du pus, évacuez-le aussitôt ;

3° Le pus évacué, vous devez empêcher une nouvelle collection de se faire, et pour cela, ponctionner aussi souvent qu'il est nécessaire et à des intervalles très rapprochés, sans craindre les ponctions blanches. (Cette pratique a pour avantage d'empêcher les effets de l'accumulation du pus, et de favoriser la réunion des parois de la poche. Si, plus tard, la pleurotomie devient nécessaire, ce n'est plus la cavité pleurale que vous ouvrirez, mais une poche enkystée);

4° Si les ponctions ne suffisent pas, ou si elles doivent être trop répétées, appliquez uu siphon à demeure en évitant la pénétration de l'air;

5° Enfin, si vous vous trouvez en présence d'un foyer septique que les premières ponctions ne modifient pas; si surtout le pus a une odeur gangréneuse, ouvrez largement, sans attendre. C'est dans ce cas seulement que vous ferez des lavages détersifs et antiseptiques. — P. N.

Traitement de la dysménorrhée par l'antipyrine, par le docteur Windelschmid (*Allgemeine medic. central. Zeitung*, 1888, n° 53 et *Revue thérap. gén. et thermale*). — L'auteur prescrit des lavements avec 2 grammes d'antipyrine administrés avant ou pendant les époques menstruelles. L'efficacité de cette médication sédative a été particulièrement manifeste dans deux cas où la dysménorrhée avait résisté aux divers remèdes médicaux et chirurgicaux usités contre ce genre de souffrance. Les douleurs duraient depuis une huitaine de jours et affectaient une extrême violence. On réussit à les calmer en administrant par la voie rectale trois doses d'antipyrine de 2 grammes, les deux premières à douze heures d'intervalle, la troisième, vingt-quatre heures plus tard. Du même coup, cédèrent les accidents convulsifs occasionnés par les douleurs. Les seuls effets fâcheux de la médication ont consisté dans des sueurs abondantes et un peu d'ischurie. Parfois, il a été nécessaire de faire prendre aux personnes un verre de vin ou de lait pour parer à un collapsus imminent.

Incidemment l'auteur raconte qu'il a vu se développer de l'urticaire chez un garçon de 7 ans auquel il avait ordonné 3 décigrammes d'antipyrine *per os*. L'éruption n'a persisté que douze heures environ. — P. N.

Vomissements tenaces de la grossesse; emploi de la teinture d'iode, par le docteur Lewellyn Eliot (de Washington) (*Scalpel*, 1888. 6.) — Les vomissements dans la grossesse peuvent être observés seulement au début de la gestation et n'ont alors que

peu d'importance; dans d'autres cas, ils deviennent plus graves par la fréquence de leur répétition et par leur durée; enfin, dans une troisième forme, la ténacité des accidents est telle que l'indication de l'accouchement prématuré se pose.

Les deux dernières formes du vomissement de la grossesse se touchent sur leur limite, et il est toujours à craindre de voir la forme moyenne se transformer en l'autre.

Le traitement du docteur Eliot consiste dans l'administration de quelques gouttes de teinture d'iode, dans un peu d'eau sucrée, à doses répétées de demi-heure en demi-heure par cinq gouttes à la fois, jusqu'à quinze gouttes au total. On peut ajouter à la teinture d'iode telle quantité que l'on voudra de sirop de menthe ou d'anis. — P. N.

Des propriétés essentielles de l'utérus; tranchées utérines et leur traitement par l'antipyrine, par le docteur Rivière. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, 32.) — Des propriétés de la fibre musculaire utérine, les plus essentielles sont l'extensibilité, la rétractilité et la contractilité. Cette dernière, bien distincte de la rétractilité, survient toutes les fois qu'il y a dans l'utérus un corps étranger à expulser.

Les tranchées utérines se produisent suivant deux mécanismes différents : 1° lorsqu'il y a défaut de rétractilité, et par suite formation de caillots; 2° lorsque, malgré une rétractilité suffisante, les contractions persistent sollicitées par l'entraînement, l'emploi intempestif ou excessif du seigle, ou par la rétention de débris ou caillots.

Si la contraction dans les tranchées est parfois utile, la douleur n'est jamais indispensable, et l'antipyrine fait disparaître la douleur sans toucher à la contraction.

1 gramme d'antipyrine donné par la bouche suffit pour calmer les tranchées 12 fois sur 28. 2 grammes pris en deux doses, à une heure d'intervalle, constituent un maximum, 20 fois sur 38, qu'il est rarement nécessaire de dépasser.

Dans les cas assez rares où l'antipyrine ne supprime pas définitivement la douleur, elle en diminue toujours, et instantanément, la quantité, parfois même elle amène un calme complet, mais qui ne dure pas.

Lorsque son influence reste nulle ou peu efficace, on doit penser à la possibilité de la rétention dans l'utérus de débris placentaires et au danger d'accidents infectieux consécutifs.

Les suites de couches ne sont pas influencées, et l'antipyrine ne s'élimine pas par le lait. — P. N.

FORMULAIRE

Traitement préventif de la furonculose. — Gingeot.

Si la furonculose est ancienne et tenace, recourir à l'usage interne des parasiticides qui, en s'éliminant par la peau à travers les glandes cutanées, tendent à détruire les microbes générateurs du mal. C'est ainsi que l'eau de goudron peut être utile, grâce à la créosote qu'elle contient. — L'hyposulfite de soude est plus actif. On l'administre de de la manière suivante : hyposulfite de soude 36 grammes, eau distillée 300 grammes, mêlez. A jeûn, 3 ou 4 fois par jour, on en prend une cuillerée à soupe étendue dans un peu d'eau pure ou sucrée. — Les sulfureux sont encore préférables. On peut prescrire la poudre de Pouillet, à la dose de 6,8 ou même 10 petites mesures par jour, chaque mesure étant dissoute dans la moitié ou le tiers d'un verre de lait ou d'eau pure. — La médication sulfurée sera continuée 15 à 30 jours et plus, selon la gravité des cas. On y reviendra de temps en temps pour éviter les rechutes. — N. G.

COURRIER

— La deuxième session du Congrès international d'anthropologie criminelle s'ouvrira à Paris, le jeudi 1er août 1889, et sera clos le jeudi 8 août. Les séances auront lieu dans

le local de la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs.

Le comité d'organisation se compose de MM. les docteurs Brouardel, président d'honneur; Théophile Roussel, président; Lacassagne et Motet, vice-présidents; Magitot, secrétaire général auquel toutes demandes de renseignements et d'admission devront être adressées (8, rue des Saints-Pères, à Paris), et de MM. les docteurs Pozzi, Mathias Duval, Ball, Letourneau, Topinard, Hervé, Manouvrier, Bordier, Fauvelle, Delasiauve, Blanche, Mesnet, Laborde, Jules Falret, Collineau, Auguste Voisin, Magnan, Féré, Henri Coutagne, Bournet et de MM. Ploix, Tarde, Alphonse Bertillon et Garaud.

Les questions qui seront discutées au Congrès de 1889 sont :

1° Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels ? Les criminels présentent-ils en moyenne certains caractères anatomiques particuliers ? Comment doit-on interpréter ces caractères ? (Rapporteur : M. le docteur Manouvrier.)

2° De l'atavisme chez les criminels. (Rapporteur : M. le docteur Bordier.)

3° Lorsqu'un prévenu a été reconnu coupable, peut-on établir, par l'anthropologie criminelle, la classe des criminels à laquelle il appartient ? (Rapporteur : M. R. Garofalo, de Naples.)

4° Des perversions morales et affectives chez les enfants. (Rapporteur : M. le docteur Magnan.)

5° De l'éducation correctionnelle. Réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles. (Rapporteur : M. le docteur Motet.)

6° De l'anthropologie criminelle, considérée comme une branche de l'anthropologie juridique. Sa place dans l'anthropologie. (Rapporteur : M. le docteur Manouvrier.)

7° Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale. (Rapporteur : M. Tarde, de Sarlat.)

8° De la libération conditionnelle. Quels sont, en s'appuyant sur les données de la biologie criminelle, les individus auxquels elle peut être accordée ou devrait être refusée ? (Rapporteur : M. le docteur Semal, de Mons.)

9° Du signalement anthropométrique et descriptif chez les sujets de quinze à vingt ans. (Rapporteur : M. Alphonse Bertillon.)

10° Dégénérescence mentale et simulation de la folie. Rapports réciproques. (Rapporteur : M. le docteur Paul Garnier.)

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs Boissard et Varnier commenceront au mois de novembre un cours démonstratif d'accouchements. Un avis ultérieur indiquera la date exacte de l'ouverture et le programme du cours.

On peut s'inscrire dès à présent à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Restitution du diplôme après décès. — Le ministre de l'intérieur de l'Empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette excellente mesure, dont le but est d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées, devrait bien être adoptée en France et surtout en Algérie où l'on a constaté, il y a quelques années, le scandale professionnel dû à l'appropriation du diplôme d'un docteur-médecin décédé à Marseille par un garçon d'une droguerie. (*Journal de médecine d'Alger.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Maladie bleue (cyanose). — Bruits cyano-anémiques (1)

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 avril 1888

Par P. Duroziez.

Un fait remarquable dans l'histoire des vices de conformation est le non-mélange des sangs malgré l'ampleur des ouvertures anormales, quand il n'y a pas d'obstacle à la marche en avant du sang. Tous les auteurs ont été frappés du fait. Une ouverture à passer le pouce peut exister entre les oreillettes, sans occlusion possible par une valvule ou un sphincter, et le sang veineux ne passera pas à gauche; il semble que les deux sangs se fassent barrière. On a imaginé, pour un certain nombre de cas, que le sang rouge passe à droite; nous n'avons pas le droit de contester le bien fondé de cette interprétation qui nous paraît légitime; nous conservons cependant quelque étonnement. Les cas cités par les auteurs de ventricule unique sans cyanose sont rares et nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier le fait.

Nous citons quelques observations nous appartenant où une large communication interauriculaire n'a pas été suivie de cyanose et d'autres où la tuberculisation est venue compliquer la lésion ou peut-être l'a provoquée, car il n'y avait pas envahissement des cavités gauches par le sang veineux.

IV. — Godefroid, cartonnière, 72 ans.

Pas d'enfant, pas de fausse couche; non vaccinée, non variolée. Plus souffrante depuis quinze jours, elle ne sait pas depuis quand elle est malade. Pouls 106, très irrégulier. Toute la face, à l'exception des lèvres, est envahie par l'érysipèle. Le cuir chevelu, en grande partie, est rouge; la langue est couverte d'un enduit épais. Rien de notable au cœur ni aux poumons.

Le 8. — Frémissement à la main.

Le 9. — Pouls toujours très inégal. Chaleur.

Le 10. — Pouls très irrégulier. Gros frottement dur au niveau du s ernum.

Le 11. — Pouls très irrégulier, très inégal.

Le 12. — Pouls très irrégulier.

Le 21. — Pouls très inégal, très irrrégulier. L'érysipèle gagne en bas. Aucune cyanose. Elle meurt le 23.

Autopsie. — Poumon droit intact. Poumon gauche adhérent. Aucune trace de tubercule. Foie normal. Péricarde intact. Cœur dilaté. L'oreillette droite dilatée a des parois

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

hypertrophiées. On est frappé de la largeur du trou ovale. La valve inférieure est considérable. La valve supérieure, celle qui dépend plus de l'oreillette droite est diminuée, tirée en haut. Rien n'est déchiré comme on eût pu le croire; le doigt passe à travers l'orifice béant.

La tricuspide est intacte, le ventricule droit un peu large; la valvule élevée et abaissée dans l'eau joue bien; les valves soulevées par l'eau ressemblent aux sigmoïdes, tant elles se gonflent et font saillie dans l'oreillette. Les sigmoïdes pulmonaires sont suffisantes. L'artère pulmonaire est dilatée très modérément. Le canal artériel est oblitéré. L'oreillette gauche ne présente rien d'anormal que l'ouverture du trou de Galien. La bicuspide est épaisse, adhérente par quelques points; l'orifice à peine rétréci; l'insuffisance est probable. Le ventricule gauche n'offre rien de remarquable. On trouve dans le fond des poches sigmoïdales de l'empierrement.

Remarques. — Malgré la largeur du trou ovale et le frémissement perçu par la main, nous ne trouvons pas de cyanose; le sang veineux ne se mêlait pas au sang artériel.

V. — Nous assistons, à l'Hôtel-Dieu, à l'autopsie d'un individu âgé de 60 ans, mort à la suite d'une pneumonie; on trouve un kyste hydatique du foie, à coque épaisse. Le cœur est gros; le trou ovale mesure 3 centimètres de diamètre; l'orifice de la tricuspide, 16 centimètres; l'orifice pulmonaire, 10 centimètres. La mitrale est un peu épaissie; rien de notable à gauche. *Aucun degré de cyanose.*

VI. — Foucaud, 60 ans, courtier en librairie. Malade depuis quinze jours. Hémoptysie. Pouls 108. Resp. 32, 38°. Caverne à gauche et à droite. Pas de cyanose.

Autopsie. — Aorte dilatée; plaques athéromateuses disséminées. Un peu d'hypertrophie du cœur. Bicuspide épaissie, granuleuse au bord. Tricuspide épaissie, à bord inégal. Artère pulmonaire un peu dilatée. Large communication par le trou de Botal.

Plèvres très épaisses, surtout à droite. Adhérence résistante aux deux sommets. Caverne considérable au sommet gauche, moindre au sommet droit. Poumon gauche hépatisé en arrière du haut en bas. Granulations tuberculeuses.

Foie dur, granulé, cirrhotique; peu d'ascite. Capsules surrénales altérées; grains jaunes développés.

La fosse ovalaire est percée d'un trou gros comme un pois.

VII. — Morin, 49 ans, teneur de livres. Pas de cyanose. Cœur un peu gros. Nombreuses plaques laiteuses. Ventricule gauche un peu concentré. Bicuspide épaisse, froncée en anus. Tricuspide épaisse. Sigmoïdes presque normales. Persistance du trou ovale.

Caverne au sommet du poumon droit. Infiltration tuberculeuse dans les deux poumons, disséminée. Tubercules intestinaux; ganglions abdominaux tuberculeux.

VIII. — Lachenal, 27 ans, domestique femme. Pas de cyanose.

Autopsie. — Cavernules abondantes disséminées dans toute la hauteur des poumons. Pneumonie. Large ouverture du trou ovale; le petit doigt y passe; la valvule ferme l'ouverture.

IX. — Brocco, 36 ans. Quelques granulations tuberculeuses. Cirrhose du poumon droit. Cœur attiré à droite. Inégalités de l'auricule droite. Large persistance du trou ovale. La cyanose n'est pas notée.

X. — Rien au cœur; déplacement. Hydropneumopéricarde. Persistance du trou ovale. Ici encore la cyanose n'est pas notée. Tubercules.

XI. — Hyacinthe, femme de 20 ans. Cœur petit; valvules saines. Persistance du trou ovale, large. La valvule ferme l'ouverture. Tubercules.

XII. — Buza, homme de 19 ans. Hydropneumothorax. Cœur refoulé à droite. Persistance du trou ovale. Tubercules.

XIII. — Poussin, homme de 40 ans. Cœur un peu gros. Tricuspide et bicuspide hyper-

trophiées. Etat chagriné et plaques sur l'auricule droite. Poumon gauche cirrhosé. Valvule d'Eustachi incomplète et perforée. Tubercules.

C. Paul a montré la fréquence de la tuberculisation dans le rétrécissement pulmonaire acquis, nous la retrouvons, un peu atténuée, dans les lésions congénitales. Sur 48 autopsies de tuberculeux nous appartenant, nous comptons 7 fois la persistance du trou ovale et 1 fois la lésion de la valvule d'Eustachi. Sur 9 cas de persistance, nous en trouvons 7 de lésion tuberculeuse.

Traitement. — Etant démontrée l'altération profondément chlorotique, cyano-anémique du sang, nous serions disposé à employer les ferrugineux et les toniques, à l'exclusion des spiritueux.

Si le pouls est inégal, irrégulier et fréquent, il y a toujours avantage à le rendre plus égal, plus régulier et moins fréquent, sans exiger une égalité, une régularité et un ralentissement complets; le malade ne s'en trouve pas toujours mieux. La digitale prudemment maniée, aux plus petites doses possibles, le moins longtemps possible, rendra des services. Si le pouls est régulier, on s'abstiendra; c'est notre seul principe comme emploi de la digitale.

L'hygiène alimentaire sera plus sévère encore que chez l'individu sans tare; le moindre écart amènerait des accidents.

L'exercice doit-il être interdit? Nous voyons des terrassiers parvenir à un âge assez avancé, si on tient compte de la gravité de la maladie. Tout exercice fait facilement ne peut être que profitable.

Il n'est pas douteux que les maladies de la poitrine doivent être évitées.

Les inhalations d'oxygène pourront peut-être rendre quelques services.

Conclusions. — La maladie bleue peut être appelée cyanose si on rend à ce mot de cyanose sa véritable signification.

Quand le diagnostic sera assez avancé pour pouvoir indiquer la porte par laquelle le mélange des deux sangs se fait, on joindra l'état du cœur à l'état du sang.

On entend des bruits chloro-anémiques spéciaux auxquels nous proposons de donner le nom de bruits cyaniques.

La tuberculisation n'est pas rare dans la persistance du trou ovale.

Dans la cyanose, il nous paraît indiqué d'essayer les préparations ferrugineuses. La digitale n'est utile que dans les cas où il y a irrégularité du pouls; elle doit être administrée très discrètement.

Dans les communications anormales, on ne paraît pas tenir un compte suffisant des différents temps du cœur pour le passage du sang d'un côté à l'autre. Il est possible que les conditions ne soient pas les mêmes pendant la présystole, la systole et la diastole; on ne s'est préoccupé que de la systole.

Il nous semble aussi que les auteurs qui ont cité des faits se sont plutôt préoccupés des opinions des autres auteurs que de leurs observations.

Nous trouvons dans notre Bulletin une note de notre distingué collègue Polaillon.

Il rapporte l'observation suivante (tome XI, p. 57) : Enfant à terme pesant 3,500 grammes, bien conformé; accouchement naturel et facile. Teinte bleuâtre de tout le corps. Le lendemain de la naissance, la cyanose n'a pas

diminué; respiration fréquente. L'enfant meurt le troisième jour. A l'autopsie, rien autre qu'une communication interauriculaire et interventriculaire

M. Polaillon se demande si la communication des ventricules peut à elle seule produire la cyanose et la mort.

Ch. Fournier, dans sa thèse, *Etude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse* (1884), cite une observation dont nous avons vu le sujet. La face présente une teinte bleuâtre plus accusée aux ailes du nez, aux paupières supérieures et surtout aux lèvres; la pulpe des ongles est violacée. Le malade est complètement froid. Le lendemain matin, il est absolument cyanosé, tout noir; il meurt.

A l'autopsie, teinte bleuâtre des lèvres et des ailes du nez. Communication interventriculaire. Nous ne pouvons citer toute l'autopsie.

Il semble naturel d'expliquer cette cyanose noire par la communication; mais non, la théorie de Gintrac est fausse; il faut chercher une autre explication. M. Fournier note bien la présence d'une masse végétante flottant dans la cavité de l'infundibulum et embarrassant la sortie du sang du ventricule; en somme, tout ce qu'il faut pour faire passer le sang noir à gauche. Il préfère supposer que l'obstacle subit apporté au fonctionnement d'un cœur déjà malade et altéré à un de ses orifices a suffi à la production rapide de la cyanose.

M. Fournier rapporte un autre cas que nous lui avons communiqué et où nous avons successivement noté : cyanose, nez bleu et rouge. Figure très cyanosée. Lèvres violettes. Cyanose considérable. Communication par le trou de Botal. Cyanose ecchymotique. Figure piquetée, pointillée de noir, cyanique.

A l'autopsie, on trouve entre autres lésions une communication interventriculaire ronde à bords mousses, du diamètre d'une large lentille à la partie supérieure de la cloison.

Nous admettons encore tout bonnement que la cyanose est due à la communication interventriculaire.

Nous voyons en décembre 1858, avec mon ami Lemaire, ancien chef de clinique, un enfant de 2 mois cyanosé des pieds à la tête; il a un peu de pneumonie; en avant, on entend un souffle au premier temps, avec frémissement un peu profond. Il meurt à 3 mois. A l'autopsie, nous trouvons la persistance du canal artériel; la valvule du trou interauriculaire est en partie percée à jour; la communication n'est pas considérable. Le ventricule droit est hypertrophié; l'artère pulmonaire est un peu dilatée; nous ne notons pas de rétrécissement.

Nous avons noté la cyanose dans un autre cas de persistance du canal artériel sans autre lésion chez un homme de 45 ans. La pièce a été déposée par nous au musée Dupuytren.

Nous avons noté aussi l'absence de la cyanose avec une large perforation de la cloison des ventricules et un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On entendait au premier temps un souffle avec maximum le long de l'artère pulmonaire; au deuxième temps, un souffle léger; enfin, un double souffle crural. L'artère pulmonaire était placée à droite de l'aorte. Au niveau du deuxième espace intercostal gauche, on percevait un frémissement considérable au premier temps. Il n'y avait que deux valvules aortiques.

Parmi les hypothèses que l'on fait pour expliquer ces cas inexplicables de large communication entre les deux ventricules sans cyanose ne pour-

rait-on pas placer celle ci, bien que très mauvaise : l'anémie profonde et la décoloration du sang même cyanique?

La persistance du canal artériel sans autre lésion s'expliquerait dans un certain nombre de cas par l'occlusion du trou interauriculaire pendant la vie fœtale; l'orifice mitral se rétrécit, le ventricule gauche s'atrophie, l'orifice aortique se rétrécit; les cavités droites et l'artère pulmonaire chargées de toute la circulation gardent la prépondérance, le canal artériel reste ouvert.

Dans cette occlusion fœtale du trou interauriculaire nous trouvons une explication du rétrécissement mitral pur; il faudrait peut-être trouver toujours la persistance du canal artériel en même temps que le rétrécissement mitral. Pour l'origine du rétrécissement mitral pur, on est si pauvre d'explications qu'on admettrait même les mauvaises.

Vice de conformation étrange de la région ano-vaginale,

Par le docteur Bonnain, de Moncoutant (Deux-Sèvres).

*A Monsieur le rédacteur en chef de l'*Union Médicale,

Moncoutant, le 14 juillet 1888.

Mon cher et honoré confrère,

Je vous adresse une observation que je crois digne d'une petite place dans les colonnes de notre chère *Union Médicale.* — Si vous partagez mon avis, je la mets à votre disposition.

Le 25 du mois de mai dernier, j'étais appelé en toute hâte, par une sage-femme de mon voisinage, qui, grâce à son expérience et à son courage, ne réclame d'habitude mes services que dans les cas où elle est aux prises avec un danger véritable, ou bien avec des difficultés insurmontables.

Il s'agissait d'une primipare de 24 ans, que je connaissais depuis son enfance, et que j'avais toujours considérée comme étant douée d'une excellente constitution.

Je m'étais rendu, sans perdre une minute, à l'appel qui m'était adressé, et j'avais franchi, aussi vite que possible, les 8 kilomètres qui me séparaient de la malade en danger. Or, jugez de ma surprise, mon cher confrère, alors que, en arrivant dans la maison où l'on m'attendait, je trouvai un superbe poupon, dont la toilette était faite depuis longtemps, une commère bien tranquille dans son lit, et les gens du logis contents et ravis de la facilité et de la promptitude avec lesquelles s'était accompli l'événement pour lequel on m'avait réclamé.

La sage-femme, seule, était fort émue, et comme je lui demandais pourquoi elle m'avait dérangé pour un accouchement qui s'était opéré d'une façon si régulière, elle me répondit que je n'aurais point à regretter ma peine, attendu que j'allais avoir à constater un phénomène bien étrange, dont il n'y avait peut être par un autre exemple dans les annales de la gynécologie.

Ainsi que vous le comprendrez sans peine, mon cher confrère, ces paroles ayant excité à son plus haut degré ma curiosité, je m'empressai de me livrer, avec tout l'intérêt et toute l'attention qui m'étaient commandés, à un examen qui devait mettre sous mes yeux une bien singulière fantaisie de la bonne nature.

Figurez-vous, en effet, que chez cette malheureuse femme, non point par suite d'un accident obstétrical, mais bien par le fait d'un vice de conformation, il n'y avait ni anus, ni périnée, ni fourchette, ni anneau vulvaire, ni constricteurs du vagin, ni rien, en un mot, de ce qui constitue cette barrière, quelquefois si difficile à franchir, qui se nomme : *le detroit inférieur.*

Le tout remplacé par un affreux cloaque, dont les dimensions, de haut en bas surtout, étaient véritablement incommensurables.

D'où il était résulté, tout naturellement, que le gros poupon qui, pendant mon examen, dormait si tranquille à côté de nous, n'avait pas dû avoir plus de peine pour sortir de sa prison, que son excellent père n'en avait éprouvé, à l'heure suprême que vous savez, pour l'y faire entrer.

Et puis, comme je demandais à ma chère cliente, à laquelle j'avais eu plus d'une fois l'occasion de donner mes soins pendant qu'elle était fille, pourquoi elle ne m'avait jamais parlé de l'infirmité dont elle était atteinte, elle me répondit, avec une ingénuité à nulle autre pareille, que cela ne la gênait en rien, et que, du reste, elle avait toujours pensé qu'elle était faite comme les autres!...

Ce premier temps de mon opération étant terminé, il me fallut passer au second, c'est-à-dire à celui qui avait pour objet l'*intérieur* de mon édifice. Et c'est là que m'attendait une surprise plus grande encore que la première, vous allez en juger.

Après avoir plongé mon doigt dans le gouffre immense, je constatai que le col était à sa place normale, et puis, en explorant avec un redoublement d'attention la paroi postérieure de ma fondrière, afin de chercher l'ouverture par laquelle devait s'opérer l'acte fondamental de la défécation, ouverture qui ne pouvait pas avoir été supprimée d'une façon aussi radicale que son concitoyen le périnée, je trouvai, vers la partie moyenne de l'espace compris entre le col et l'extrémité inférieure de mon pseudo-vagin, non point la fistule recto-vaginale à laquelle je m'attendais, mais bien l'*anus* le plus orthodoxe qu'il soit possible d'imaginer, bel et bien doté d'un sphincter des plus énergiques, parfaitement d'accord avec la volonté, et grâce auquel notre commère est tout aussi bien maîtresse que les autres de ses garde-robes et de ses gaz; avec cet avantage particulier, quant à ces derniers, que jamais elle n'a à se plaindre de leurs indiscrétions. En effet, leur expulsion s'accomplissant en vase clos, il est tout naturel qu'elle soit silencieuse, et n'ait rien de commun avec l'impertinent tapage des explosions en plein air.

Inutile de vous dire, mon cher confrère, que nos suites de couche ont été aussi heureuses que possible, et qu'à l'heure actuelle, notre intrépide primipare est prête à recommencer. J'espère bien qu'elle ne s'en privera pas, et que, grâce au privilège qui la tient à l'abri d'une si grosse part de la terrible sentence qu'ont à subir les autres femmes, elle donnera un bon nombre de défenseurs vigoureux à notre chère France, qui en a si grand besoin.

Permettez-moi de profiter de cette occasion, mon cher confrère, pour vous dire que, dans le cours de ma longue carrière, il m'est arrivé, à trois reprises différentes, d'avoir à examiner des petites filles qui étaient venues au monde avec des imperforations de l'anus, accompagnées de ces fistules recto-vaginales que nous devons considérer comme l'infirmité la plus abominable que l'on puisse observer. Les deux premières fois, j'avais fait tous les efforts imaginables pour adoucir le sort de ces malheureuses victimes d'une erreur bien impardonnable du proto-morphisme. Mais, hélas! n'ayant point réussi, la troisième fois je me suis abstenu. C'est très difficile! on ne m'y prendra plus...

Votre tout dévoué,

Dr Bonnain.

— Nous remercions notre excellent confrère d'avoir bien voulu nous communiquer ce fait, qui nous paraît tout à fait exceptionnel.

L'abouchement anormal du rectum, l'anus vulvaire ou vaginal, est partout décrit; mais le périnée existe en pareil cas, et on ne voit rien de semblable à cet immense cloaque observé par M. Bonnain. Aucune observation de ce genre n'est citée dans les articles des deux Dictionnaires, ni dans la thèse de Rovillain (*Contribution à l'étude des voies de conformation de l'anus et du rectum, et en particulier de l'anus vulvaire*, Paris 1882). — L.-G. R.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Exanthème antipyrinique par injection sous-cutanée d'antipyrine ; éruption d'herpès zoster au-dessus de l'injection, par M. le docteur Luigi Mazotti, médecin en premier au Grand-Hôpital de Bologne. (In *Giornale italiano della malattie veneree e della pelle*, Fasc. II, juin 1888.) — Au milieu du mois d'août de l'année dernière entre à l'hôpital de Bologne une femme de 60 ans atteinte d'affection cardiaque. On la soumet au traitement par la teinture de strophantus ; mais, il survient une douleur ischiatique violente qui oblige à cesser cette médication et oblige à lui substituer, à titre de calmant, les injections hypodermiques d'antipyrine, sur la foi de leurs bons effets au dire du professeur Germain Sée. Trois injections formant en tout 1 gr. 50 d'antipyrine furent faites à quelques jours d'intervalle. A la troisième, il survient un exanthème spécial antipyrinique caractérisé par une éruption de papules arrondies de forme lenticulaire avec coloration rouge brique.

Cinq jours se passent ainsi pour permettre à cette éruption d'arriver à sa période de déclin. Il survient alors une nouvelle poussée au niveau de la première éruption, mais avec d'autres caractères, car il s'agissait cette fois d'un véritable herpès zoster. Lorsque les phases ordinaires de cet herpès furent terminées, on constata que l'exanthème antipyrinique avait pris une coloration violette très tranchée.

Ce fait est probablement le seul de son espèce, où l'influence de l'antipyrine se soit ainsi manifestée ; il méritait à ce titre d'être signalé.

Fistule hépato-pulmonaire suivie de guérison, par le docteur Giuseppe Cantani, Grand-Hôpital de Milan. (In *Gazetta medica italiana-lombardia*, juillet et août, 31, 32 33.) — L'hépatite suppurée est chose rare en Italie, tandis qu'aux tropiques la statistique a pu grouper 563 observations avec 59 cas d'ouverture de l'abcès par les voies bronchiques.

Le fait du docteur Cantani est donc intéressant, d'abord à ce point de vue du peu de fréquence de cette affection en Italie, ensuite par la terminaison heureuse de cette grave maladie, ce qui est exceptionnel. Le travail de notre distingué confrère est une véritable monographie de cette question difficile de pathologie ; tous les travaux pouvant l'éclaircir ont été analysés et commentés avec méthode et un grand sens clinique.

Observations anatomiques sur 75 crânes d'aliénés, par le docteur Mingazzini G. (In *Gazetta medica italiana-lombardia*, n° 33, août.) — Les pièces qui ont servi à faire ce travail très curieux appartiennent à la collection de l'Institut psychiatrique de Rome et au professeur Lombroso.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Chez les aliénés la crête frontale n'est pas plus haute que sur les gens sains, mais ce qui beaucoup plus fréquent, c'est :

a) Les sinus frontaux qui manquent souvent ou se trouvent énormément développés...

b) De même pour la suture frontale ;

c) Le développement exagéré des arcades sourcilières ;

d) Le manque bi-latéral du trou sous-orbitaire.

2° On trouve chez les aliénés une fosse occipitale moyenne et quelquefois des trous condyloïdiens anormaux ;

3° On voit de même le bord inférieur de la fente nasale toujours asymétrique.

4° Les épileptiques se distinguent par le manque des sinus frontaux. — Les maniaques, par les arcades sourcilières très développées, une grande étendue en largeur des lamelles ptérygoïdiennes externes et le manque des trous pariétaux des deux côtés. — Les lypémaniaques ont le bord usé de la fente nasale et aussi un développement exagéré dans le sens de la largeur de leurs lamelles ptérygoïdiennes externes. — Les déments n'ont pas de trous pariétaux et le bord de la fente nasale est usé.

Occlusion intestinale par des entérolithes, par le docteur Brambilla Giovanni,

directeur de l'hôpital de Desio. (In *Gazetta medica italiana-lombardia*, n° 31.) — Trois succès sur quatre cas d'occlusion intestinale grave, et le seul décès survenu chez une vieille femme atteinte de cancer de l'intestin est dû à l'obstruction de ce canal par le néoplasme. Dans chacune de ces observations, l'auteur a fait avec méthode usage de l'entéroclysme qu'il considère comme le remède princeps de l'occlusion intestinale. On injecte lentement un litre ou deux d'eau ou d'huile tiède, en agissant ainsi très doucement on évite de provoquer des contractions intestinales et ce moyen si simple a suffi au docteur Brambilla pour désobstruer l'intestin dans bien des circonstances.

Une des trois malades, dont nous relevons l'observation, a rendu sous l'influence de l'entéroclysme une quantité de fèces durcies et de liquides intestinaux et en outre deux entérolithes gros chacun comme une noix.

Suture du foie, par le docteur Postempski. (*Riforma medica*, avril 1888.) — C'est pour une plaie de ce viscère que le docteur Postempski fit le 18 avril la suture du foie, à l'hôpital de la Consolation de Rome. La plaie mesurait sept centimètres de profondeur et donnait du sang en abondance ; le lobe gauche était seul intéressé. Après la suture de la glande l'hémorrhagie cessa et cette grave opération, faite avec toutes les précautions listériennes, se termina aussi simplement qu'une laparotomie dans les conditions ordinaires. La guérison suivit sans le moindre accident. C'est le premier cas italien de suture du foie pour une blessure accidentelle.

Sur la syphilis des reins, par le docteur Pierleone Tommasoli (de Rome). (In *Rivista clinica, archivio italiano di clinica medica*, 30 juin 1888.) — Morgagni et Valsava sont les premiers médecins qui se soient occupés des manifestations syphiliques dont les reins sont parfois le siège pendant l'évolution de cette maladie. Malgré l'autorité de ces grands noms honorés de la médecine italienne, il ne faut pas oublier que c'est à Rayer qu'il convient d'attribuer les premières études complètes sur ce sujet.

M. le docteur Tommasoli a repris pour son compte tout ce qui a été publié depuis une vingtaine d'années sur la syphilis rénale et avec ses observations personnelles il a pu faire une monographie complète de cet important chapitre de pathologie interne. Une observation détaillée et suivie pour ainsi dire jour par jour lui a permis de vérifier et d'étendre la plupart des assertions ayant cours dans la science sur la syphilis des reins. Voici du reste le résumé de ses conclusions :

Il peut y avoir des manifestations rénales syphilitiques dans toutes les périodes de la maladie, que celle-ci soit congénitale ou acquise.

La forme gommeuse interstitielle, du reste fort rare, ne se présente que dans les dernières périodes de l'injection.

L'albumine et les diverses manifestations de maladie de Bright sont les formes cliniques ordinaires de la syphilonéphropathie.

Quant au pronostic, il sera favorable toutes les fois que la maladie rénale apparaîtra dans les premiers mois de l'intoxication ; ils sera réservé et d'autant plus grave qu'elle sera plus tardive.

Le traitement par les préparations mercurielles ne convient dans la syphilis du rein que lorsque l'empoisonnement ne date que dc quelques mois ; il faut plus tard instituer le traitement mixte ; enfin, dans les dernières périodes du mal, le seul remède véritablement efficace et parfois héroïque, c'est l'iodure de potassium. — Millot-Carpentier.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX (DEUXIÈME SEMESTRE 1887.)

8 juillet 1887. — M. Monod présente un malade atteint d'*adhérence congénitale du bord libre du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx* avec ouverture médiane ouvrant la communication entre l'arrière-gorge et la cavité des fosses nasales. Les cas d'adhérence congénitale sont fort rares.

— M. Négrié lit une note sur un cas de *paralysie ascendante aiguë consécutive à une rougeole*. Cette observation est fort intéressante, car ces accidents sont rares à la suite de la rougeole, et Landouzy, dans sa thèse, n'en rapporte que deux semblables.

— M. Armaignac donne lecture d'un travail sur les *granulations conjonctivales*. Il insiste surtout sur le traitement de cette affection. Quand toute la muqueuse oculaire est envahie par le tissu granulaire, il recommande l'emploi de l'alcool à 45°, associé ou non au sous-acétate de plomb et qui a l'avantage de pouvoir être employé malgré une perforation de la cornée. M. Armaignac émet le vœu que l'Etat veuille bien faire l'essai d'un hôpital provisoire destiné exclusivement aux granuleux et placé à une grande altitude, c'est-à-dire au-dessus de 1,200 ou 1,300 mètres en Algérie, de 500 ou 600 mètres en France. Si, comme le docteur Chibret l'a avancé naguère au Congrès de Copenhague et, de nouveau, au Congrès de la Société française d'ophthalmologie en 1886, les granulations cessent d'être contagieuses dans nos pays, la France, la Belgique, la Suisse au-dessus de 230 mètres d'altitude, et en Algérie au-dessus de 1,200 ou 1,300 mètres, et peuvent même disparaître spontanément, il est fort probable qu'un tel hôpital, qui ne réclamerait d'abord qu'une installation sommaire et provisoire, rendrait de grands services aux malheureux malades atteints de cette forme d'ophthalmie granuleuse qui semble se jouer de tous les traitements et finit, tôt ou tard, par amener une cécité plus ou moins complète et irrémédiable.

15 juillet 1887. — M. Régis expose un *Nouveau classement méthodique des états d'aliénation mentale*. Il les divise d'abord en deux grands groupes : les aliénations fonctionnelles (folies, vésanies) et les aliénations constitutionnelles (déviations et infirmités mentales).

Les aliénations fonctionnelles comprennent les folies généralisées (symptomatiques) : Manie, mélancolie, folie à double forme, et les folies partielles où folies systématisées régulières (hypochondrie, etc.)

Les aliénations constitutionnelles renferment les vices d'organisation psychique : désharmonies, dégénérescences et monstruosités et la désorganisation psychique ou démence. Les états secondaires d'aliénation mentale, folies associées ou symptomatiques, doivent être étudiés à part.

22 juillet 1887. — M. Sous lit un travail sur l'*éclairage électrique des théâtres*. Ses conclusions sont les suivantes : la lumière par arc voltaïque, contenant beaucoup de rayons chimiques, est nuisible à l'œil. Elle fournit un éclairage plus puissant et plus énergique. Elle convient aux places publiques, aux vastes étendues, mais elle exige que des précautions soient prises pour annihiler son action nuisible. La lumière par incandescence est plus fixe et moins intense. Elle se rapproche par sa composition spectrale des lumières artificielles ordinaires et les inconvénients qu'elle peut présenter sont ceux produits par l'excès d'un éclairage artificiel. Par son intensité et sa nature, elle s'adapte mieux à l'éclairage des appartements et des lieux de réunion, et c'est avec raison qu'on lui a donné la préférence pour l'éclairage des salles de spectacle.

— M. G. Martin communique une note sur les *accidents oculaires engendrés par la lumière électrique*. Pour lui, les désordres oculaires relèvent uniquement de l'intensité des foyers dont on ne sait pas se garer. Le seul conseil à donner pour s'en préserver est de se mettre des verres fumés devant les yeux.

— M. Pousson présente une observation de *pseudo-lipome sous-claviculaire*. Il est partisan de la théorie de M. Potain qui admet, comme on le sait, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire de la base du cou. Une ponction a permis de mouvoir en tous sens l'aiguille dans la tumeur avec la même facilité que dans une cavité libre.

29 juillet 1887. — M. R. Saint-Philippe donne lecture d'un travail sur l'*allaitement par le nez et son utilité dans la pratique*. Il conseille la technique suivante : l'enfant est tenu horizontalement sur les bras, sa tête sur le même plan que ses pieds. Une tierce personne fait sourdre le lait de la nourrice dans une cuillère à café, et le lait est versé alternativement dans l'une et l'autre narine. Les séances doivent être, au début, fré-

quemment renouvelées : toutes les heures de jour, toutes les deux ou trois heures la nuit. Pour commencer, trois à quatre cuillerées à café suffisent, 15 à 20 grammes; plus tard, on augmentera peu à peu jusqu'à 50 et 60 grammes à la fois.

— M. Vergely communique des observations de *céphalée postérieure* dont il tire les conclusions suivantes :

1° L'inflammation du pharynx, soit aiguë, soit chronique, avec la forme hypertrophique, ou atrophique, ou accompagnée de granulations, qu'elle soit localisée au pharynx buccal, ou, ce qui arrive le plus souvent, à la région naso-pharyngée, se traduit par des douleurs ayant pour siège l'occipital, la ligne courbe de l'occipital, les points d'émergence des nerfs occipitaux, la nuque, la partie postérieure des apophyses mastoïdes.

2° Quand la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne, le tympan, présentent des lésions inflammatoires, des troubles auriculaires, des variations de tension, les douleurs se montrent vers la conque, le tragus, la portion écailleuse du temporal, la région temporo-malaire, si l'inflammation catarrhale gagne la voûte des fosses nasales et les sinus frontaux et sphénoïdaux, les douleurs s'accusent dans la racine du nez, dans la région frontale, sourcilière et sous-orbitaire.

3° En présence de points douloureux ayant pour siège la région occipitale, la nuque, l'apophyse mastoïde, alors même que le malade n'accuse aucune douleur, aucun trouble du pharynx; il importe d'examiner le pharynx buccal et l'espace naso-pharyngien.

4° Les douleurs sont probablement d'origine réflexe.

5° Le traitement local de l'affection pharyngienne, naso-pharyngienne, suffit le plus souvent à faire disparaître les douleurs; chez les sujets hystériques, alcooliques ou neurasthéniques l'affection est plus rebelle et exige un traitement général.

14 octobre 1887. — M. Moure présente un homme de 79 ans atteint d'une *tumeur nasale* qui, de l'avis des membres de la Société, est de nature sarcomateuse.

— M. Sous lit un travail sur la *réfraction et la vision binoculaire*. La principale cause de la différence entre les visions monoculaire et binoculaire lui paraît devoir être cherchée dans la modification de la réfraction de l'œil, incidence oblique des rayons dans la seconde.

21 octobre 1887. — M. Pousson appelle l'attention de la Société sur le *traitement de la déviation de la cloison des fosses nasales*. Dans un certain nombre de cas, il y a suppression de la fosse nasale où la cloison proémine. La malformation entraîne un certain nombre de troubles parmi lesquels domine le catarrhe chronique des fosses nasales et du pharynx, etc. M. Pousson conseille avec M. Duplay d'abraser la partie saillante de là tumeur sans s'occuper de la petite partie de muqueuse que l'on enlève.

— M. Mauriac donne lecture d'un travail de M. Gavoy sur la *non identité du cysticerque ladrique et du tænia solium*.

28 octobre. — M. Troquart communique une observation de *trépanation dans un cas d'ostéite névralgique du fémur*. — Il s'agit d'un fait d'ostéo-myélite chronique avec tendance aux accidents aigus se reproduisant de loin en loin sous l'influence de la fatigue ou, si l'on veut, à un cas d'ostéo-myélite prolongée à forme névralgique intermittente. Il n'y avait pas d'abcès, et il pense que la trépanation a produit un soulagement presque immédiat, parce qu'elle a agi comme une saignée locale, et surtout comme un véritable débridement, en faisant cesser l'étranglement de la moelle osseuse dans un tissu éburné.

— M. le Secrétaire général donne lecture d'une observation, adressée par M. Bitot, d'*amnésie topographique*, visuelle, du langage articulé, auditive, dont le début remonte à dix ans environ, sans mélange aucun de phénomènes paralytiques; il y eut amendement des troubles du langage articulé et auditif avec persistance des troubles visuels et topographiques.

— M. Carles, dans une note intitulée : *Microbes et tænias*, montre que, si les vers

rubannés sont extrêmemeut fréquents dans l'Ariège, c'est que la chair du porc y est mangée crue après avoir été simplement desséchée à l'air. La conservation est rendue facile par la grande pureté de l'atmosphère.

— M. Sous revient sur les inconvénients de la *lumière électrique*. Pour lui, elle agit surtout par les rayons chimiques nuisibles qu'elle renferme.

— M. Moure présente un malade atteint de *papillome diffus de la moitié droite du larynx*. Il pratiqua la thyrotomie et le raclage de l'organe vocal, et le malade guérit. On ne doit recourir à la thyrotomie que quand il est impossible d'agir par les voies naturelles.

18 novembre 1887. — M. Lugeol montre un *monstre hétérotypien hétéradelphe*. C'est un fœtus d'environ 4 mois, du sexe féminin. L'avortement est venu sans cause connue et l'enfant s'est présentée par le siège.

— M. Lugeol rapporte aussi un cas de *méningite tuberculeuse suivie de guérison*. Son traitement a consisté en révulsif et glace sur la tête, en purgatifs et dans l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium et de l'extrait de noyer.

— M. Arnozan communique une observation d'*amnésie rétrograde à la suite d'émotion morale*. Cette observation laisse entrevoir comment les faits se classent dans notre mémoire; ils viennent s'y ranger, semble-t-il, suivant une double loi : dans l'ordre chronologique et dans l'ordre logique. Dans l'ordre chronologique, car on voit disparaître en bloc le souvenir des faits accomplis pendant trois jours, quels que soient ces faits. Dans l'ordre logique, car on voit aussi disparaître toute la série des phénomènes se rapportant à un même événement, quoique ces souvenirs remontent à plusieurs mois en arrière et embrassent ainsi non seulement la période des trois jours d'amnésie complète, mais une période beaucoup plus étendue pour laquelle l'ensemble de la mémoire reste intacte.

— M. Armaignac a expérimenté six fois le traitement Martineau contre le diabète sans en retirer le moindre avantage.

MM. Peyraud et Davezac n'ont aussi observé que des échecs.

2 décembre 1887. — M. Armaignac cite un cas de *rigidité de l'iris;* il n'a pu dilater la pupille ni par l'atropine, ni par la cocaïne.

— M. Verdalle communique des renseignements sur l'*épidémie de variole* qui sévit à Bordeaux. Elle a été importée par un marin débarqué aux Chartrons. L'orateur demande que l'on arrête l'entrée des malades de ce genre.

M. Régis donne lecture d'uu Rapport médico-légal relatif à une agression commise sans cause apparente dans un wagon de chemin de fer.

9 décembre 1887. — M. G. Martin dépose un travail sur l'*épidémie de fièvre typhoïde* sévissant à Bordeaux. En voici les conclusions :

1° Considérant que l'épidémie n'est pas dispersée çà et là, qu'elle s'arrête aux barrières de la ville, il faut écarter l'idée d'une infection de l'air;

2° Considérant que, si les diverses localités avoisinant les Chartrons et jouissant des mêmes conditions désavantageuses que cette partie de la ville ne sont pas plus atteintes que l'année passée (et même qu'elles le seraient à un degré moindre), il y a lieu d'éloigner l'hypothèse de la disposition marécageuse de ce quartier jouant le rôle de cause et d'une épidémie partie de ce point et gagnant par voie de contagion les quartiers voisins, hypothèse contredite, du reste, par ce fait que Saint-Ferdinand et Saint-Seurin ont été pris à peu près à la même époque dans les Chartrons;

3° Considérant que le bassin des eaux de Budos n'a pas présenté un chiffre de fièvres typhoïdes digne d'attirer notre attention et que le quartier Sud de notre ville, alimenté uniquement par cette eau, ne se ressent pas de l'épidémie, il est logique de penser que les eaux de Budos doivent être mises hors de cause;

4° Considérant que le bassin qui fournit l'eau aux sources du Taillan a été le théâtre manifeste d'une épidémie typhique, il y a quelques mois; estimant qu'il s'est écoulé un

temps suffisant depuis lors, que le germe a eu le temps de gagner la nappe d'eau souterraine pour la contaminer; tenant compte de la distribution de l'épidémie au point de vue quantitatif, distribution qui répond exactement à ce que l'on sait de la distribution en ville de l'eau de source, il y a lieu de penser que vraisemblablement les eaux de la ville ont été contaminées par celles du Taillan, et que l'épidémie actuelle peut reconnaître pour cause cette infection.

En conséquence, M. Martin demande :

a) Comme mesure de prudence, en attendant la preuve directe, que l'eau du Taillan cesse d'être répandue en ville;

b) Que l'analyse de l'eau soit faite sans retard.

16 décembre 1887. — M. G. Martin répond à ceux qui croient les eaux de Taillan innocentes. Les eaux ne sont captées qu'imparfaitement; elles sont en contre-bas de 1 mètre 50 centimètres et à 50 mètres de la Jalle, très contaminées par des immondices et des matières fécales; le terrain est sablonneux, et il y a cinquante ans qu'on a mis de l'argile. Le canal du Taillan est dans un état déplorable, des racines y pénètrent. L'eau distribuée dans la ville n'est pas pure, et des réservoirs récents sont pleins de vase.

23 décembre 1887. — Une commission nommée par la Société a examiné les sources incriminées et a trouvé que leur contamination était impossible. Peut-être y a-t-il eu infection dans le trajet du canal qui amène l'eau.

Plusieurs orateurs insistent sur l'état déplorable des fosses d'aisances dans le quartier des Chartrons; elles ne sont ni cimentées ni étanches, et les matières solides et liquides s'infiltrent librement.

30 décembre 1887. — M. Carles donne lecture d'un rapport sur l'*eau artésienne arsenicale du puits salin à Bègles, Bordeaux*. C'est une eau sulfatée calcique et sodique, légèrement minéralisée et chargée de débris pyriteux, de fer cuprifère et surtout arsenicaux.

— M. Davezac fait un rapport verbal sur un travail de M. Paris relatif à l'étude clinique des eaux minérales précédentes. Elles sont surtout reconstituantes et sédatives.

P. C.

COURRIER

Nous publions avec empressement la souscription suivante, qui a pour but de venir en aide à une infortune des plus dignes d'intérêt, et dont la *Gazette des hôpitaux* a pris l'initiative :

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère

Deuxième liste

Mmes la baronne James de Rothschild	500 fr.
L. Brouardel	50
A. Charcot	100
A. Fournier	100
A. Brochin	50
Ve Coutreau (de Châtelleraudt)	20
E. Le Sourd	100
Mlle Marguerite Calvé (de Toulon)	20
Anonyme (Paris)	20
Anonyme (Paris)	3
Anonyme (Nancy)	5
Première liste	100
Total	1,068 fr.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Orchi-épididymite par effort,

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1888,

Par M. Pellier.

M. J..., âgé de 45 ans, employé comme homme de peine dans un magasin, descendait dans un escalier de petites caisses, le *31 mars dernier;* comme il en portait dix-huit au devant de lui, sa vue était masquée, et, croyant le palier plus large, il saute d'un coup deux marches, faisant *un effort* pour retenir les caisses.

Au même instant, il ressent *une douleur dans l'aine droite,* douleur si forte qu'il en jette un cri. Descendu dans la cour, il s'est reposé, a porté plusieurs fois la main au niveau de l'aine, du canal inguinal, a même soutenu son testicule, mais n'a plus ressenti que peu de douleur le reste de la journée.

Le lendemain dimanche, ayant gardé le repos, il éprouvait de la pesanteur toujours dans l'aine. Il en fut de même dans la matinée du lundi; mais, après avoir marché, vers quatre heures du soir, il a de nouveau ressenti la douleur plus violente, et le mardi 3 avril, vers sept heures, étant retourné à son travail, il n'a pu le continuer, est rentré chez lui et a dû s'étendre sur son lit.

Le lendemain 4 avril, J... vient me consulter et je lui conseille le repos; je le visite chez lui et *je constate un gonflement de l'épididyme* assez prononcé vers la queue pour envelopper déjà sous forme de casque le testicule. *Gonflement douloureux à la pression* sans qu'il en soit de même *au niveau de la glande.* Le cordon est douloureux aussi dès qu'on arrive au canal déférent, qui est induré, et continue l'épididyme sous forme d'un tuyau résistant. La tension est manifeste aussi au niveau du trajet du canal inguinal, où la peau, sans rougeur, présente un peu de tuméfaction. Des tiraillements se font sentir jusque dans la région lombaire.

Mon attention se porte immédiatement sur l'urèthre et le méat où je ne constate *aucun signe d'écoulement* après un minutieux examen. Je prescris de maintenir les bourses élevées, une pommade résolutive et trois sangsues sur le trajet du canal inguinal.

Le 7 avril, tous les symptômes précédemment décrits ont augmenté, et, le 12 avril, le testicule est gonflé, douloureux, l'épididyme l'emboite presque complètement, le cordon ne permet plus de mouvoir aussi aisément la masse enflammée.

Les jours suivants, cette masse augmente un peu, mais sans signes nets d'*épanchement de sérosité* dans la tunique vaginale. Quelques douleurs se font alors sentir à la miction, non pas le long du canal, mais profondément, sous forme de cuisson, surtout en commençant. Nulle trace d'écoulement néanmoins. La médication consiste en compresses résolutives, lavements et nouvelle application de sangsues.

Le 15 avril, tous les symptômes s'amendent, le canal déférent est moins douloureux, l'épididyme diminue. Je peux soulever le testicule et plier le cordon.

L'état actuel, deux mois après le début de l'affection, est le suivant :

La masse glandulaire est un peu plus volumineuse que celle de gauche. Le testicule est indolent; l'épididyme est très légèrement sensible à une assez forte pression entre les

doigts, mais il n'y a ni irrégularité, ni bosselures, ni nodosités. Le canal déférent n'a pas tout à fait sa souplesse normale, mais il s'en faut de très peu. Au toucher rectal, je ne constate rien d'anormal, ni comme douleur, ni comme modification dans les rapports ou le volume des vésicules séminales ou de la prostate. (Je continuerai de suivre d'ailleurs ce cas et rapporterai à la Société l'état ultérieur, surtout s'il y a lieu de revenir sur mon diagnostic.)

Réflexions. — M. J... n'a jamais été malade, n'a pas eu de bronchite. Dans ses antécédents de famille, rien à noter non plus; il a fait cinq ans de service militaire sans un jour d'hôpital, et n'a eu ni blennorrhagie ni syphilis. Je l'ai bien questionné sur ces deux points.

A aucune époque, il n'a eu de troubles quelconques dans l'émission des urines. Le toucher rectal, que je n'ai pratiqué qu'à la fin de la maladie, ne m'a pas révélé d'affection prostatique ou d'autre nature.

Je n'ai pas introduit de sondes dans le canal de l'urèthre, mais rien ne fait supposer qu'il puisse y avoir quelque lésion récente ou ancienne de ce côté; les douleurs qu'il a éprouvées pendant la maladie ne se sont pas produites au commencement, mais dix jours seulement après, alors que la tension inflammatoire était la plus forte.

L'affection a d'ailleurs évolué dans l'espace de trois semaines comme une inflammation franchement aiguë, marchant vers la résolution, ne laissant comme trace qu'une légère induration consécutive, sans bosselures ni nodosités, induration qui, je pense, disparaîtra tout à fait et ne me permettra pas de revenir sur les réserves que j'ai formulées.

En passant en revue les différentes causes habituelles d'orchi-épididymites (traumatismes directs; inflammations uréthrales, blennorrhagiques ou simples; excès de coït; masturbation; maladies générales; rhumatismes; oreillons), je suis obligé de les éliminer. Le toucher rectal fait ultérieurement, il est vrai, ne m'a rien révélé.

M. J... a le coït rapide, et, marié, il n'en fait pas d'excès. Dans la nuit du deuxième jour de l'accident, il dit cependant avoir ressenti au même endroit de l'aine une douleur vive, subite, qui n'a pas duré. Il ne fait pas d'excès de boisson. Il y a donc lieu de rapporter l'affection à la cause de l'effort qui a été relaté.

La question étant controversée, et certains auteurs niant même l'existence de cette cause, j'ai pensé qu'il y avait intérêt à décrire le cas tel que je l'ai observé. Tandis que Duplay, dans un travail (*Archives générales de médecine* de 1876), publie trois observations qui sont défavorables et que Delorme, dans sa thèse de 1877, dit que cette cause prétendue masque le plus souvent une cause uréthrale méconnue, d'autres auteurs, après Roux, l'admettent, au contraire, et Duplay, dans le dernier volume de sa pathologie, dit qu'il ne faudrait pas cependant formuler à cet égard de conclusion trop absolue, et qu'un certain nombre de cas bien observés paraissent avoir succédé à un effort.

Pour le mécanisme, après Roux, Velpeau, les uns admettent une compression, un pincement du cordon par l'arcade fibreuse qui, du muscle droit, passe au-dessous du cordon, va à l'épine iliaque et se redresse pendant l'effort. Les autres, d'après M. Tillaux, admettent une contraction brusque du crémaster venant appliquer brusquement le testicule contre l'arcade pubienne. Mon fait serait plutôt favorable à la première théorie. On admet bien que, dans le cas d'ectopie où le testicule est enclavé dans l'anneau inguinal externe, une orchite puisse se produire par des actes qui

provoquent énergiquement le phénomène de l'effort (thèse Alliez, Paris, 1876, *sur l'orchite inguinale*). Il est donc rationnel d'admettre que le canal déférent puisse être également contusionné à ce niveau et qu'il en résulte, par extension, de l'*inflammation;* en un mot, de l'orchi-épididymite consécutive à de la déférentite.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. — Avril 1888.

Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement, par le docteur A. Pinard, agrégé, accoucheur de Lariboisière. — Une femme, âgée de 21 ans, blanchisseuse, est apportée à la clinique. Les règles ont toujours été douloureuses. Elle n'a jamais été malade. C'est une primipare, parvenue au terme de sa grossesse et en travail.

Six semaines environ après la dernière apparition des règles, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur, grosse comme un œuf de poule, dans l'hypochondre droit, quelques jours après, troubles de la miction — rétention et dysurie.

Cet état dura quelques jours, puis la tumeur disparut, si l'on en croit la femme, qui n'éprouva rien d'anormal jusqu'aux approches du terme. A ce moment, elle perdit de l'eau pendant huit jours et dut garnir son lit, tant l'écoulement était abondant.

Les premières douleurs s'étant déclarées, une sage-femme fut appelée qui constata la présence d'une tumeur dans l'excavation, et ne put trouver le col.

Un médecin reconnut également la présence d'une tumeur et ne put pas atteindre le col.

A la clinique, Mme Victor trouva derrière la symphyse, l'orifice dont la dilatation était égale à une pièce d'un franc. Un liquide incolore s'écoulait par le vagin. Battements du cœur normaux. A son arrivée, le docteur Pinard constata que la percussion donnait une matité absolue sauf dans les deux flancs tout à fait en arrière.

Le palper était rendu difficile par la fréquence des contractions. Cependant on arrivait à sentir la tête du fœtus située en partie dans la fosse iliaque, en partie au niveau de l'aire du détroit supérieur, et débordant la symphyse du pubis de 2 centimètres environ. Au fond de l'utérus se trouvait le siège accompagné de petites parties, le tout très haut.

Donc le pôle fœtal inférieur était repoussé d'arrière en avant et le supérieur était très élevé.

Sous les fausses côtes droites on rencontrait une petite tumeur assez superficielle paraissant faire corps avec l'utérus, car elle durcissait au moment des contractions. Dans l'hypochondre droit, deuxième tumeur de la grosseur d'un œuf, puis immédiatement au-dessous, tumeur. Même volume. Mêmes caractères.

Un liquide verdâtre déjà fétide s'écoulait par la vulve, c'était l'eau de l'amnios teintée de méconium.

Par le toucher le doigt arrivait sur une tumeur qui remplissait l'excavation. Impossible de la délimiter supérieurement. Elle était rénitente, paraissait durcir au moment de la contraction, ne donnait pas la sensation de fluctuation.

Derrière et au-dessus de la symphyse du pubis, était l'orifice utérin, dont les bords souples et minces présentaient une dilatation elliptique à grand axe transversal. En écartant les lèvres, le doigt arrivait directement sur la tête. Le toucher rectal montrait simplement que la tumeur était en avant du rectum et ne permettait pas de reconnaître son implantation.

Le toucher manuel ne donna pas de nouveaux résultats. La tumeur était immobile.

En somme, il s'agissait d'une femme primipare, ayant une rupture prématurée des membranes, à terme, en travail depuis deux jours, chez laquelle l'enfant vivant se présentait par la tête dont la descente dans l'excavation était empêchée par une tumeur oblitérant le canal pelvien. Quelle était la nature de la tumeur? Quelle devait être l'intervention?

C'est ce que le docteur Pinard discute dans une leçon faite sur ce sujet à la clinique de la Faculté.

L'hypothèse d'une tumeur des os étant immédiatement rejetée, bien des raisons faisaient exclure celle d'une tumeur liquide et militaient en faveur d'une tumeur fibreuse. En effet la tumeur semblait avoir la consistance d'un fibrôme ramolli par la grossesse. De plus il y avait, entre la paroi abdominale et la paroi utérine, d'autres tumeurs du même genre, paraissant adhérentes à cette dernière et durcissant au moment de la contraction. Il est commun de rencontrer des fibrômes multiples. Ils sont plus fréquents que les tumeurs liquides.

Malgré toutes les apparences, on devait discuter l'existence d'une tumeur liquide. Les *kystes de l'ovaire* compliquant la grossesse ne sont pas rares, et il arrive qu'au moment du travail, le kyste soit entraîné par la tête dans le petit bassin. Le docteur Pinard a eu l'occasion d'observer deux cas de cette nature. Mais la tumeur avait été constatée avant la grossesse, et son exploration par les doigts renseignait de suite.

Dans l'intervalle des contractions, la sensation de fluctuation était nettement perçue. Le kyste de l'ovaire était donc peu probable dans le cas actuel. Cependant, le kyste pouvant être assez comprimé par la région fœtale pour que la fluctuation ne fût pas perçue, il fallait le considérer comme possible, quoique peu probable.

Les *kystes hydatiques* sont bien plus rares que les kystes de l'ovaire. De plus, cette femme n'avait jamais eu sa santé troublée avant la grossesse; enfin, le frémissement hydatique n'avait pas été constaté. Hypothèse peu probable, par conséquent, mais possible, le frémissement hydatique n'étant pas constant, et M. Charcot ayant cité dans son mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin des cas où l'évolution des kystes avait duré longtemps sans troubler la santé. Il fallait donc y songer, aussi bien qu'aux kystes de l'ovaire ou aux kystes dermoïdes; mais l'hypothèse la plus vraisemblable était celle d'une tumeur fibreuse.

Que faire pour éclairer le diagnostic? Une ponction exploratrice. Si la tumeur était une tumeur liquide, son affaissement pourrait amener l'engagement immédiat de la région fœtale et l'accouchement spontané. Si la tumeur était une tumeur fibreuse, l'intervention devenait très grave. L'opération césarienne s'imposait, car l'enfant se présentait par la tête. S'il s'était présenté par le siège, on aurait pu peut-être, la femme étant anesthésiée, faire pénétrer la main dans l'interstice situé en avant, entre la tumeur et la symphyse, puis saisir et abaisser un pied. On trouve dans les auteurs un certain nombre d'observations où les choses se sont ainsi passées. La tumeur se déplace et remonte à mesure que la région fœtale s'abaisse. M. Tarnier insiste depuis longtemps sur ce mécanisme et pense avec raison que, dans les cas de tumeurs oblitérant le bassin, et surtout dans les cas de tumeurs fibreuses, la présentation de l'extrémité pelvienne est plus favorable que la présentation de l'extrémité céphalique, la première s'insinuant comme un coin entre le bassin et la tumeur, et pouvant déplacer cette dernière; la seconde poussant la tumeur devant elle et ne pouvant que l'abaisser.

Il y a quelques années, M. Tarnier allait pratiquer une opération césarienne à la Maternité. Il s'agissait d'une énorme tumeur fibreuse remplissant le bassin. Le travail durait depuis longtemps. La région fœtale n'avait aucune tendance à s'engager, et M. Tarnier ne voyait guère d'autre ressource pour délivrer la femme et sauver l'enfant que l'opération césarienne. La femme fut anesthésiée et, le docteur Pinard pratiquant alors le toucher manuel, il lui fut possible d'atteindre la région qui se présentait, c'était l'extrémité pelvienne.

Sur le conseil de M. Tarnier, M[me] Henry, sage-femme en chef de la Maternité, ayant la main plus petite, alla chercher un pied. Elle eut la plus grande peine à l'atteindre, parvint enfin à le saisir et l'abaissa péniblement dans le vagin. Fatiguée, elle l'abandonna. M. Tarnier demanda au docteur Pinard de la suppléer. Celui-ci saisit à son tour le pied, exerça des tractions lentes et soutenues, et bientôt le siège s'engagea, puis le tronc. Les bras et la tête suivirent sans trop de difficultés. *La tumeur s'était donc déplacée.* L'enfant était vivant.

En admettant que, dans le cas dont il est ici question, la tumeur fût aussi une tumeur

fibreuse, il était très fâcheux que l'enfant se présentât par la tête; mais la première chose à faire était de s'éclairer définitivement sur la nature de la tumeur.

Le docteur Pinard ayant endormi la femme placée dans la situation obstétricale, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, on pratiqua la ponction de la tumeur avec un gros trocart. Il s'écoula par la canule un liquide clair légèrement visqueux qui, examiné de suite, contenait des crochets d'échinocoques. On avait donc affaire à un kyste hydatique.

Il s'écoula un litre et demi de liquide. Au fur et à mesure que la tumeur s'affaissait, la tête s'engageait en O I G A et l'accouchement se termina spontanément, une demi-heure après la ponction. L'enfant était vivant, bien constitué, du poids de 2,800 grammes. La délivrance fut normale.

Il fut alors possible de voir que les tumeurs qui étaient dans la cavité abdominale n'étaient nullement adhérentes à l'utérus, mais flottaient librement dans le ventre. La pauvre femme, qui avait lors de l'opération une température de 38°5, était malheureusement infectée, et mourut, le quatrième jour après son accouchement, des suites de son infection.

L'abdomen de cette femme était envahi par une grappe de neuf kystes qui semblaient naître de la face antérieure du foie. Cette grappe kystique est rattachée à l'épiploon. On soulève tous les kystes en soulevant le tablier épiploïque. D'autre part, des adhérences existaient avec la paroi abdominale et les divers organes suivant l'emplacement des poches. Le kyste ponctionné semblait contenu dans l'épaisseur du ligament large. En l'incisant, on y trouve un peu de pus et des vésicules entières ou en lambeaux, de dimensions variables; l'une d'elles, énorme, avait le volume d'une orange.

Un utéro-sédatif. — Un utéro-moteur, par le docteur A. Cordes, chirurgien-adjoint de la Maternité de Genève. — Dans ce mémoire, l'auteur nous présente le viburnum prunifolium comme anti-abortif, — c'est l'utéro-sédatif, — et le sulfate de quinine comme agent de contraction dans l'avortement incomplet, — c'est l'utéro-moteur.

Le docteur Cordes a essayé le viburnum prunifolium, d'après une communication du docteur Jenks à la Société américaine de gynécologie. L'essai de ce médicament ayant été favorable, il fait connaître les résultats. Le viburnum se donne à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, sous forme d'extrait liquide, dans une potion.

Quant au sulfate de quinine employé comme utéro-moteur, le docteur Cordes l'administre à haute dose — 2 grammes en six cachets de deux en deux heures. Il n'est point partisan de l'intervention instrumentale dans les cas de rétention du placenta après l'avortement, ou du moins il la réserve comme opération de nécessité et non de choix.

Je rappelle que le sulfate de quinine, expérimenté à la Maternité et à Lariboisière par les docteurs Tarnier et Pinard pour provoquer l'accouchement, a donné des résultats négatifs; mais je ne serais pas éloigné de penser, d'après un très petit nombre de faits dont je ne prétends tirer actuellement aucune conclusion, que le sulfate de quinine agit sur certains utérus non pour faire naître la contraction, mais pour l'accélérer. Le docteur Cordes se loue beaucoup des effets de ce médicament pour l'expulsion du placenta dans la fausse couche dite en deux temps. Le sulfate de quinine n'offrirait pas les dangers du seigle, car il ne tétanise pas l'utérus. Les observations de notre confrère de Genève seraient très nombreuses.

De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus, par H. Varnier. — Les vaisseaux maternels et les vaisseaux fœtaux étant indépendants les uns des autres, il semble, *a priori*, que les éléments du sang de la mère ne puissent passer dans le sang du fœtus. Telle était l'opinion qui avait cours il y a peu d'années. Cet *a priori* m'a toujours paru peu réfléchi, car le fœtus emprunte à sa mère les matériaux nécessaires pour passer en neuf mois de 0 gramme à 3 kilogrammes. Comme le placenta est le seul organe qui le relie à la mère, il en résulte logiquement qu'il passe beaucoup de choses par le placenta.

Il fut donc admis, à la suite des recherches expérimentales de Coste et de Bonamy,

que les liquides injectés dans les vaisseaux de la mère ne passaient pas dans le sang du fœtus, et, l'histologie ayant montré quelques années plus tard l'indépendance des deux circulations, maternelle et fœtale, l'opinion des deux physiologistes fut définitivement confirmée.

Le simple bon sens, comme je l'ai dit plus haut, la contredit. Aussi les savants ne tardèrent pas à se dire que les corpuscules, très petits, devaient traverser la tunique des vaisseaux. Il s'agissait de découvrir ces corpuscules. Après la découverte de la bactérie charbonneuse, Brawell à la suite d'examens histologiques et d'inoculations arriva à cette conclusion : « Les embryons des animaux morts du charbon ne donnent à l'examen anatomique aucun signe de cette maladie. L'inoculation de leur sang donne toujours des résultats négatifs. Donc, le charbon ne passe pas de la mère au fœtus. Cette loi confirmée par Davaine fut pendant de longues années acceptée sous le nom de loi Brawell-Davaine.

Lorsque s'accusa, dit M. Varnier, le grand mouvement bactériologique qui devait aboutir à la conception actuelle de la pathogénie des maladies infectieuses, cette loi devint pour les adversaires des microbes le grand cheval de bataille. S'appuyant d'une part sur elle, et de l'autre sur les faits cliniques indéniables de transmission d'une maladie infectieuse comme la variole, de la mère au fœtus, ils disaient : si les bactéries étaient indispensables à la transmission de la variole, il faudrait renoncer à admettre le fait démontré de l'infection du fœtus par la variole pendant la vie intra-utérine, car il est surabondamment prouvé qu'aucun élément figuré ne traverse le placenta.

Or, en 1880, Arloing, Cornevin et Thomas prouvèrent que le microbe du *charbon symptomatique* passe de la mère au fœtus et, en 1882, M. Chamberland démontra avec M. Roux que le microbe du *choléra des poules* passe de la mère au fœtus.

Ainsi se trouvait établi ce fait, proclamé depuis longtemps par la clinique et par le vulgaire bon sens : il y a des choses qui passent, et il y a des choses qui ne passent pas. Maintenant la question va se compliquer et d'une façon intéressante. MM. Straus et Chamberland, à la suite d'expériences faites sur les cobayes pleines, arrivent à cette nouvelle conclusion : le placenta n'est pas une barrière infranchissable pour la bactérie charbonneuse : ce n'est pas un filtre parfait. Cependant c'est un filtre en ce sens qu'il ne livre passage qu'à un *nombre restreint de microbes*. Chauveau, de 1879 à 1886, après de nombreuses expériences, considère les bacilles qui passent parfois de la mère au fœtus comme incapables de se multiplier.

Sur onze cas le sang fœtal n'a été virulent que deux fois, et jamais le fœtus n'a présenté, même dans la rate, la moindre lésion charbonneuse.

Ainsi se trouvaient établis les deux faits importants :

1° Tantôt le placenta laisse passer le bacille du charbon, tantôt il s'oppose à son passage ;

2° Lorsque le placenta laisse passer le bacille, le nombre de ces bacilles est restreint et ils sont incapables de se multiplier dans le jeune sujet.

M. Malvoz, préparateur à l'Université de Liège, dans un mémoire publié par les *Annales* de l'Institut Pasteur, déclare que dans les cas où les bacilles franchissent le placenta, *cet organe est altéré, et que ces lésions sont dues à l'action des parasites eux-mêmes. Il faut une effraction, mettant en communication la circulation fœtale et la maternelle.* Ce n'est pas tout, M. Malvoz a constaté que chez les lapins le bacille du charbon passe très rarement et en minime quantité, tandis que le passage se fait plus régulièrement chez les cobayes. Or, M. Malvoz nous apprend que les placentas de lapines charbonneuses ne contiennent pas de foyers hémorrhagiques et que ces foyers sont nombreux chez les cobayes charbonneuses.

Depuis longtemps, on avait appris que le microbe du choléra des poules passe constamment et en grande quantité. Or, les placentas des lapines inoculées avec le microbe du choléra des poules *présentent des hémorrhagies visibles à l'œil nu.*

Donc la transmisssion microbienne de la mère au fœtus sera aussi variable et aussi inconstante que les propriétés des éléments parasitaires eux-mêmes. Le fœtus est menacé chaque fois qu'il se produit une altération placentaire.

Discussion sur la conduite à tenir à l'égard d'une femme en travail dont l'accouchement

est compliqué par des fibromes obstruant l'excavation. MM. Porack, Pajot, Loviot, Guéniot, L. Championnière (Société obstétricale de Paris).

M. Porack consulte ses collègues au sujet du cas suivant de dystocie. Une femme de son service est en travail. L'accouchement est compliqué par la présence de fibromes dont l'un, énorme, obstrue presque complètement l'excavation.

La tumeur paraît s'être développée aux dépens du col ou du segment inférieur de l'excavation, car au-dessus du pubis on ne la retrouve pas. L'enfant était mort au moment de l'entrée de cette femme. Pensant qu'il était utile de retarder le plus possible l'accouchement dans l'espoir que le volume de l'enfant s'amoindrirait, on fit prendre à la femme, par gouttes, du laudanum. La poche des eaux se rompit dans la suite. Le fibrome au lieu de s'assouplir est resté très dur, mais il paraît un peu remonté. Le col est plus accessible. En résumé, on a le droit de craindre que le fibrome ne remonte pas assez pour livrer passage à l'enfant. Dans ce cas, il faudra recourir à la césarienne. Or, l'opération ne paraît pas devoir présenter des difficultés insurmontables, car l'intervalle qui existe entre le fond de l'utérus et la limite supérieure de la tumeur semble devoir permettre une incision assez longue pour extraire sans difficultés le fœtus. Faut-il donc opérer, et si l'on opère faut-il opérer de suite. La femme n'a pas de fièvre, et les atermoiements aggravent le pronostic de l'opération.

M. Pajot : Si le travail marche régulièrement, si l'état de la femme n'est pas mauvais, si la température ne s'élève pas, je crois qu'il est sage de laisser aller les choses. Dans le cas contraire, la question me paraît se réduire à cette double alternative : ou les parties fœtales sont accessibles, ou elles ne le sont pas. Si on arrive sur les parties fœtales, mieux vaut adopter la voie vaginale et les broiements successifs. Dans la seconde hypothèse, l'opération de Porro me paraît préférable à la césarienne. Pourquoi laisser à cette femme sa matrice?

M. Loviot : Des tentatives de réduction après anesthésie chloroformique sont sans danger et pourraient rendre service avant d'avoir recours aux interventions graves.

M. Guéniot : J'ai été témoin de deux cas analogues. Dans l'un, tout était prêt pour l'opération césarienne, sauf les aides. L'excavation était presque complètement obstruée; à peine 2 centimètres libres; mais, quelques heures plus tard, cet espace s'était accru d'au moins 3 centimètres. Cela me donna beaucoup d'espoir et m'engagea fort à temporiser. Bien m'en prit! Car je pus assister à l'*ascension spontanée* du fibrome qui s'opéra, grâce à un travail soutenu. Une application de forceps, pratiquée dès que la place fut devenue suffisante, me permit d'extraire un enfant vivant.

Dans le deuxième cas, où les conditions ressemblaient beaucoup à celles indiquées par M. Porack, et où l'enfant se présentait par le siège, la temporisation aboutit à un résultat aussi heureux, expulsion d'un enfant vivant. Aussi, de ces deux faits personnels et d'autres encore, je conclus qu'il ne faut pas se presser d'intervenir sans indication précise, qu'il faut attendre l'ascension spontanée du fibrome, mais en arrêtant l'administration du laudanum qui ne peut avoir d'autre effet, en diminuant l'énergie des contractions, que d'empêcher cette *ascension* de la tumeur. Si les circonstances imposaient une intervention, je ne vois pas d'autre conduite que celle indiquée par le professeur Pajot.

M. L.-Championnière : D'après ce que j'ai observé, si le col est devenu accessible, il y a des chances pour que la terminaison soit favorable. Quant à la laparotomie, les conditions me paraissent bien défectueuses. L'opération de Porro sera difficile à cause de la situation du fibrome et la section césarienne offre de grands dangers, non qu'elle soit difficile, puisque l'espace compris entre le fond de l'utérus et la limite supérieure de la tumeur est suffisant pour l'incision; mais, dans le cas de fibromes, la puissance rétractile de l'utérus est diminuée et une hémorrhagie redoutable est à prévoir. *Je crois donc qu'il faut aller aussi loin que possible dans l'intervention par la voie vaginale.*

M. Porack répond à M. Loviot qu'il croit que l'effort utérin est plus efficace que les tentatives manuelles de réduction, et à M. Guéniot que le laudanum a été supprimé dès les premières douleurs. Il avait été donné avant le début du travail pour la raison précédemment exposée.

Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, par Henriette Carrier, sage-femme de Lariboisière. — Ce livre fait grand honneur à la sage-femme qui en est l'auteur. Ecrit avec une simplicité et une correction à l'école desquelles plus d'un médecin, écrivain de profession, pourrait se mettre, il est agréable et instructif. Il fait honneur également à l'éditeur (Steinheil) qui en a fait un ouvrage de bibliophile.

Ce qui ressort nettement du travail de Mlle Carrier, c'est un haut intérêt historique, philosophique et scientifique. Elle étudie les origines des *offices d'accouchées* à Paris, c'est-à-dire des services d'accouchements qu'elle suit à travers les siècles jusqu'à l'installation de la Maternité sous la maîtrise de Mme Lachapelle. Elle nous montre chemin faisant les difficultés que les chirurgiens ont eues à prendre place au soleil, et après eux les accoucheurs, les luttes intestines et les compétitions dans lesquelles les méritants cèdent assez souvent la place aux recommandés et la science à l'éminence. Elle nous fait réfléchir à l'extraordinaire ténacité de la routine, puisque certains règlements de la Maternité actuelle sont les restes des anciennes ordonnances et lois réglant les *offices d'accouchées*. Comparez l'hôpital ancien, dont Mlle Carrier nous fait le navrant tableau, à l'hôpital contemporain, ou plutôt à l'hôpital de l'avenir, dans lequel le riche viendra peut-être chercher la sécurité, voyez les anciens médecins lancés à la recherche des véritables causes de l'infection et faisant fausse route pendant des siècles, et réfléchissez combien le progrès a été et sera grand, mais aussi combien il a été et sera lent. Voilà ce qu'évoque dans l'esprit la lecture de l'ouvrage de Mlle Carrier. J'ai donc raison de dire que l'histoire, la philosophie et la science y sont mêlées. Il va sans dire que l'auteur ne se livre nullement à de pareilles considérations. C'est moi, lecteur et critique, qui m'y livre. Mlle Carrier les fait naître dans mon esprit. Les bons ouvrages seuls sont ainsi composés.

M. Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy, dans un article écrit récemment, s'exprime de la façon suivante. Je cite textuellement : « Cette histoire de la Maternité de Paris est intéressante au point de vue de l'obstétricie et à celui, plus élevé encore, de l'histoire de la médecine, où l'on voit chaque branche de l'art de guérir ne s'élever et grandir que par son mérite propre. Les chirurgiens ne gagnent leur place à côté des médecins qu'après de longs siècles de dédaigneuse subordination et de luttes à soutenir. L'opposition faite par les médecins aux chirurgiens, ceux-ci ne l'ont-ils pas faite naguère aux accoucheurs, quand ils ont demandé leur place, au nom de l'importance d'un art grandi par la science et les succès dans la pratique? Ce succès s'est affirmé par la création de services d'accouchements. Un seul établissement existe encore à Paris, où, nominativement du moins, subsiste encore le vieux règlement de l'Hôtel-Dieu, et où le médecin est le chef et le chirurgien son subordonné, sans un service qui lui soit officiellement attribué. Il y a peu d'années que, priant le chirurgien de me montrer son service, il me répondit : « Je n'en ai pas. » — « Que faites-vous ici? » lui répondis-je. — « Je termine les accouchements quand je suis appelé pour cela. Mon œuvre achevée, je m'en vais. » — « Mais c'est un anachronisme, vous me ramenez au XVIe siècle. » — Nominativement c'est ainsi, mais, en réalité, voici le service que je tiens, non du règlement, mais de la courtoisie de mon collègue. »

On voit que j'avais raison de dire que le livre de Mlle Carrier démontrait une fois de plus quelle est la puissance de la routine administrative.

Puisque j'ai cité l'article que M. le professeur Herrgott a consacré aux *origines de la Maternité de Paris*, je terminerai en répétant après lui que l'œuvre de Mlle Carrier est un pieux hommage à une fondation dans laquelle elle a été élevée, aux maîtresses qui s'y sont illustrées, et aux services dont la science leur est redevable. — Dr Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, transmettant la formule d'un remède secret contre la rage dû à Mme Marie Maillard, herboriste ;

2° Une demande d'exploitation de la source Marie à Châtelguyon ;

3° Le rapport de l'inspecteur des enfants assistés et de la protection des enfants du premier âge du département du Rhône;

4° Un rapport du docteur Thiébaut, sur le même sujet ;

5° Un pli cacheté au nom du docteur Delorme, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, et à celui du docteur Chavasse, professeur agrégé;

6° Un pli cacheté du docteur Lejars, prosecteur de la Faculté de médecine, sur un procédé nouveau d'injection des veines ;

7° Le rapport du docteur Blaise, sur les vaccinations et revaccinations au 26e régiment d'artillerie;

8° Le rapport du docteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans ce corps en 1887 et 1888.

— M. Gariel présente un travail de M. Leduc, professeur à l'Ecole de Nantes, sur les douches électriques, c'est-à-dire sur l'électrisation générale au moyen d'une pluie d'eau par laquelle passe un courant électrique. Ce procédé a l'avantage de combiner ces deux moyens thérapeutiques.

— M. Verneuil : Il a été question de l'œsophage dans ces derniers temps devant l'Académie. MM. Nicaise et Kirmisson ont fait des communications au sujet des corps étrangers de l'œsophage, et ils ont parlé à l'occasion des sondes à demeure d'un instrument que l'on appelle à tort la sonde Verneuil; il vaut mieux l'appeler la sonde Collin-Verneuil, car M. Collin a dans son invention une large part. C'est un appareil qui se compose tout d'abord d'une mince bougie en baleine, au bout de laquelle se fixe une extrémité molle analogue à celle des sondes de gomme. On a ainsi un instrument qui, fort léger, permet une exploration attentive, et avec lequel il faudrait être bien malheureux pour percer les parois œsophagiennes. Quand cette bougie a pénétré jusque dans l'estomac, on visse au bout d'un conducteur en argent, c'est-à-dire malléable, une olive percée d'un canal; la baleine passe par ce canal et conduit l'olive sans danger jusque dans l'estomac.

Au lieu de dilater un rétrécissement, s'agit-il d'alimenter un malade? Au bout de la bougie en baleine, on en visse une autre, et on introduit ainsi une sonde œsophagienne à bout coupé analogue à celle de Maisonneuve. Puis, par le nez, on introduit un fil que l'on fait passer par le pharynx; il sert à ramener par les fosses nasales l'extrémité supérieure de la sonde qui peut ainsi rester à demeure plusieurs mois.

Ces principes ont donné lieu à d'autres applications. Ainsi M. le docteur Suarez fut appelé en février dernier auprès d'une dame qui trois jours auparavant avait avalé un os de bœuf. Il reconnut la situation du corps étranger à 23 centimètres des incisives, c'est-à-dire à 11 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage. Seule la sonde Collin-Verneuil put franchir l'obstacle ; à l'aide de la bougie conductrice, il fit passer les olives 1 et 2 pour accrocher au retour et mobiliser le corps étranger ; il n'y put réussir. Il passa alors de la même façon la sonde creuse et put alimenter la malade.

N'ayant pu réussir à pratiquer l'extraction avec le panier de Græfe, il fit alors un orifice dans ce panier pour le glisser sur la bougie, mais encore il ne put ébranler le corps étranger ; s'inspirant du précepte qui recommande de propulser ces corps de haut en bas, laissant le panier de de Græfe au-dessous de l'os, il exerça une pression à l'aide d'une olive au-dessus, réussit à le mobiliser et ramena à la fois le corps étranger et tout l'appareil instrumental.

M. Larrey cite à ce propos un fait de Dupuytren qui avec le panier de de Græfe réussit à extraire très brillamment une pièce de cinq francs qu'un homme avait voulu avaler et qui lui distendait l'œsophage.

— M. Pampoukis (d'Athènes) lit un travail intitulé: *Etude expérimentale sur le vertige marin.* L'auteur a soumis divers animaux et en particulier des chiens et des animaux à l'action d'un balancement analogue à celui d'un navire. La plupart des animaux sont susceptibles

de vomir, mais ils ne vomissent que rarement. L'auteur a constaté des modifications dans le rythme respiratoire, des baillements et une salivation abondante ; ces phénomènes sont plus plus accusés au moment où le bateau descend. L'état d'anémie, les prédispositions individuelles jouent un grand rôle dans la production du mal de mer ; les névropathes, entres autres, en paraissent plus atteints. Les accidents semblent dus au ballottement des viscères ; pour éviter le mal de mer il faudrait que les lits fussent suspendus comme les lampes ; il est bon aussi de se comprimer le ventre à l'aide d'une large ceinture.

— M. Collin lit le rapport de la commission du prix de l'Académie de 1888. Six mémoires d'une réelle valeur ont été déposés sur la question des vidanges et de l'utilisation des eaux ménagères. L'Académie se prononcera en comité secret.

— M. Lancereaux achève la lecture de son travail sur la filariose (1). Malgré ce qu'on pourrait croire d'après l'étude de l'anatomie pathologique, de la présence du parasite il ne résulte guère de troubles graves. Le premier symptôme est la tuméfaction des ganglions, se réduisant partiellement par pression, ce qui a fait croire parfois à une hernie; puis se voient les varices lymphatiques, remarquables au scrotum par leur parallélisme. Le foie, la rate, les organes thoraciques et encéphaliques ne sont pas atteints. En revanche, l'urine est presque toujours modifiée ; elle est parfois laiteuse, mais le plus souvent, en outre du chyle, elle contient du sang, qui, selon son abondance, lui donne une teinte rougeâtre ou noirâtre; les changements de teinte peuvent se produire d'un instant à l'autre. Dans les urines, on trouve de l'albumine (20 à 25 et même 40 p. 1000), des hématies altérées, des corpuscules lymphatiques et de la graisse en fines gouttelettes; on y rencontre même des filaires surtout au milieu des caillots sanguins, mais elles sont embryonnaires et non adultes.

Les embryons de filaires se voient dans le sang à la chute du jour et leur nombre diminue à partir de minuit.

Les malades sont pâles, abattus; ils supportent mal la fatigue et la chaleur; la fièvre est rare. La nutrition générale est très altérée, et ces malades doivent redouter toute opération chirurgicale. Les lésions paraissent se développer de bas en haut et de la superficie vers la profondeur. La maladie peut durer de nombreuses années (vingt et même cinquante ans); elle guérit parfois spontanément. La mort survient rarement du fait de la filaire, mais généralement par suite de complications, telles que l'érysipèle.

La constatation de l'hématochylurie et la tuméfaction des ganglions inguinaux permettent le diagnostic sans qu'on ait besoin de rechercher les filaires dont la présence lève les doutes. La gravité de la maladie tient au nombre des filaires adultes, car leurs embryons ne peuvent se développer dans l'organisme humain.

Demarquay, en 1862, ayant opéré un malade qui lui parut étrange, trouva le premier dans les liquides pathologique des animalcules vivants; d'après les dessins qui lui furent communiqués, Davaine rangea ce parasite dans la classe des nématoïdes. Levis revit ce parasite et lui donna le nom de *filaria sanguinis hominis*. Bancroft, Manson et d'autres auteurs le retrouvèrent dans différentes affections regardées comme des maladies différentes : éléphantiasis du scrotum, chylurie, etc.

On exposa un Chinois atteint de filariose aux piqûres de moustiques, et on retrouva le parasite dans leur estomac; on le retrouva dans les eaux où vont périr ces moustiques. De là les foyers d'endémie. Les parasites sont vraisemblablement ingérés avec l'eau; mais ils peuvent être fort longtemps avant de révéler leur présence.

L'eau étant le véhicule du parasite, il importe donc de ne se servir que d'eau de source ou d'eau provenant de grandes profondeurs; si celles-ci font défaut, il faut n'user que d'eau filtrée ou bouillie. Le parasite est difficile à attaquer à cause du siège des individus adultes dans les lymphatiques, d'autant plus que toute opération est extrêmement grave chez les gens atteints de filariose. L'ablation du scrotum peut être avantageuse. Un malade est actuellement traité avec avantage par l'hydrothérapie et les frictions mercurielles.

(1) Voir la séance du 21 août, in *Union médicale* du 23 août.

— M. Marty lit, en son nom et en celui de M. Schutzenberger, un rapport sur un échantillon de l'eau du puits de l'Ecole normale de Saint-Brieuc, où a sévi une épidémie de fièvre typhoïde. Cette eau contient beaucoup de sulfate de chaux et une forte proportion de matières organiques.

Après addition d'acide phénique, on y a trouvé un bacille de putréfaction, d'autres micro-organismes existant normalement dans les matières fécales, et surtout un bacille qui, cultivé dans divers milieux, s'est montré identique au bacille d'Eberth ou de la fièvre typhoïde. L'eau qui, sans addition préalable d'acide phénique, a été déposée sur des plaques de gélatine, y a donné de si nombreuses et si diverses variétés de colonies microbiennes, que la gélatine a été liquéfiée sans qu'on ait pu les isoler. Cette altération de l'eau est certainement due à des infiltrations.

— L'Académie se constitue ensuite en comité secret.

VARIÉTÉS

Nous lisons dans le *Lyon médical* :

UN CONFLIT ENTRE LES MÉDECINS ET LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL DE SAINT-CHAMOND

Au mois de mai dernier, les médecins et chirurgiens de l'hôpital de Saint-Chamond ont donné leur démission collective, basée sur ce fait que l'économe, approuvé d'ailleurs par le président de l'Administration hospitalière, avait permis aux malades (et cela malgré la défense des chefs de service) de sortir les 6 et 13 mai pour aller prendre part au vote pour les élections municipales.

En attendant une décision définitive de la Commission administrative, les médecins et chirurgiens (1) continuèrent leur service, et l'économe, auteur du conflit, fut renvoyé.

Après deux mois d'attente, les médecins préviennent l'Administration que leur situation ne peut durer plus longtemps. Celle-ci répond par l'acceptation de leur démission, et nomme médecin titulaire le docteur Fabreguettes, son président et maire de Saint-Chamond, âgé de 65 ans, et confie pour dix ans la place de chirurgien à M. le docteur Charrin, ancien médecin titulaire. Les suppléants sont supprimés. M. Charrin, se déclarant solidaire de ses collègues, refuse, et l'Administration est à la recherche d'un chirurgien qui veuille bien accepter de ses mains une fonction qu'il conservera peut-être jusqu'au renouvellement du Conseil municipal.

L'Administration hospitalière, si elle s'était exclusivement préoccupée de l'intérêt des malades, eût rendu à leurs services des hommes froissés dans leur dignité, et dont l'autorité avait été méconnue par l'agent de l'Administration.

Ce conflit entre administrateurs et médecins constitue un argument de plus en faveur du vœu récemment exprimé par l'Association générale des médecins du Rhône, à savoir : la mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital.

La Commission administrative, en nommant médecin son président, qui est à la fois conseiller municipal et maire de Saint-Chamond, a réalisé, sans s'en douter peut-être, une économie dont vont bénéficier les contribuables. De par plusieurs arrêts du Conseil d'Etat, il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin, rétribuées sur le budget municipal et celle de conseiller municipal. Il y a plus, il ne suffit pas de ne point toucher le traitement pour faire cesser l'incompatibilité, mais il faut encore formuler une renonciation formelle à ce traitement.

Thèses présentées a la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de juillet et aout 1888

Hanotte (Gabriel) : Restauration fonctionnelle du pouce. — Condamin (Réné) : De la

---

(1) Le service médico-chirurgical était ainsi constitué : M. Fredet, chirurgien titulaire ; M. Mermet, chirurgien suppléant ; M. Charrin, médecin titulaire ; M. Hyvernat, médecin suppléant (ces trois derniers anciens internes des hôpitaux de Lyon).

trépanation du bassin comme traitement de la psoïte. — Belous (François) : Etude sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux. — Chaumier (Johannès) : Essai sur le mal de tête. — Mazet (Auguste) : Asepsie et antisepsie. — Désir de Fortunet (Henri) : Etude critique sur la nature de la scrofule ; pathogénie et traitement de l'ophthalmie dite des scrofuleux. — Percheron (Louis) : Contribution à l'étude clinique et médico-légale des contusions et ruptures du foie. — Waton (Paul) : De la luxation trapézo-métacarpienne incomplète. — Vincent (Léon) : Contribution à l'étude de la paralysie agitante avec quelques considérations sur le tremblement. — Guillemin (Auguste) : Etude sur la voix humaine. — Rieaux (Jean) : La rage au point de vue psychologique. — Jacquemet (Edouard) : Etude des ipécacuanhas, de leurs falsifications et des substances végétales qu'on peut leur substituer. — Nicolin (Jules) : Du colobome congénital des paupières. — Bertolus (Charles) : Usage interne de l'acide phénique dans les maladies de la peau. — Pailliart (Ch.) : Traitement de la tuberculose par les lavements gazeux d'acide sulfhydrique.

FORMULAIRE

Pilules antinévralgiques.

Bromhydrate de quinine.......................... 1 gramme.
Aconitine cristallisée.......................... 0 gr. 002 milligram.

F. s. a. 10 pilules qui renferment chacune un décigramme de sel de quinine et un cinquième de milligramme d'aconitine. — Une pilule toutes les 4 ou 5 heures, contre les névralgies dites essentielles. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La vaccination en Allemagne. — La vaccination, qui est obligatoire en Allemagne, a réussi à faire rayer la variole des causes de décès. C'est ainsi qu'aujourd'hui, à Berlin, on ne perd qu'un habitant sur 100,000 de variole, tandis que jadis, il en mourait 92. A Londres, le fait est encore plus patent : la mortalité est de 0,6 seulement par 100,000 personnes.

COURRIER

Comité consultatif d'hygiène de France. — Dans sa séance du 27 août, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Pouchet contre l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires.

Le comité, considérant que les substances ayant des propriétés antiseptiques sont nuisibles à l'évolution normale des actes digestifs, et que l'addition aux substances alimentaires de produits antifermentescibles, quelle qu'en soit la nature, est irrationnelle au point de vue de la nutrition et, en outre, capable d'occasionner un préjudice plus ou moins grave au bon et régulier fonctionnement de l'appareil digestif, a émis l'avis que l'emploi de l'acide benzoïque ne saurait être toléré pour la conservation de la bière ou d'autre substance alimentaire.

Le comité a adopté également les conclusions d'un rapport de M. Dubrisay sur le capsulage des bouteilles de lait, tendant à l'interdiction de capsules métalliques contenant du plomb. — (*Bul. méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Les candidats au prix proposé par la Société de chirurgie pour 1888, sur la question suivante : « *Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux ?* », trouveront d'utiles indications dans la communication faite par M. Verneuil dans la dernière séance de l'Académie des sciences. Tous les abcès froids ne sont pas tuberculeux, puisque la fièvre typhoïde peut donner naissance à des abcès froids renfermant les microbes caractéristiques de cette infection, et M. Verneuil pense que toutes les maladies infectieuses, si elles ne peuvent agir de même, peuvent du moins, par la pénétration de leurs microbes dans des foyers antérieurs, donner lieu à des abcès ayant les allures des abcès froids. Il y a là une distinction pathogénique des plus importantes, sur laquelle les candidats au prix susdit feront bien d'insister.

— L'exposé magistral de la filariose, fait par M. Lancereaux à l'Académie de médecine, ne laisse plus grande obscurité sur cette affection si singulière et si longtemps méconnue. Son origine, ses lésions, ses symptômes ont pu être étudiés de près sur deux malades venus à l'observation de M. Lancereaux; la thérapeutique est encore un peu hésitante, mais les indications posées par le savant médecin de la Pitié, fondées sur la nature et l'évolution de la maladie, paraissent des plus logiques; ajoutons que les résultats déjà obtenus ne peuvent qu'autoriser les observateurs à persévérer dans la même voie que lui.

— Les expériences de M. Pampoukis ont-elles réussi à faire de même la lumière sur un autre mal, moins terrible à coup sûr que la filariose, mais encore plus inconnu dans sa nature? Le mal de mer est-il le résultat du ballottement des viscères renfermés dans l'abdomen et de leur choc contre les parois de celui-ci? L'idée est assurément digne d'être approfondie, puisqu'il suffirait, si elle était vraie, d'une ceinture abdominale bien faite pour remédier à ce mal contre lequel toute la pharmacopée est plus ou moins impuissante.

— Le procédé d'extraction des corps étrangers de l'œsophage imaginé par M. Suarez de Mendoza est très ingénieux et l'heureux résultat obtenu s'explique facilement : le corps étranger irrégulier saisi entre le panier de Graefe, placé au-dessous de lui, et l'olive placée au-dessus et dilatant l'œsophage devant lui, permit sa sortie sans encombre.

Signalons encore le nouveau procédé d'électrisation générale du corps, de M. Leduc (de Nantes) et le rapport de M. Marty sur l'eau — très impure — du puits de l'Ecole normale d'institutrices de Saint-Brieuc.

L.-H. P.

De l'emploi de l'hyponarthécie à suspension pour le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe avec menace de perforation de la peau,

Par le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

J'ai lu avec le plus grand intérêt l'observation de M. Faure, interne des hôpitaux attaché au service de M. le professeur Verneuil. Il s'agit d'une fracture du tiers inférieur de la jambe décrite dans le numéro du 12 juillet dernier, de la *Gazette des hôpitaux*, de la manière suivante : « C'était une « fracture en V : le pied était renversé en dehors, presque ballant; le frag- « ment supérieur venait faire à la partie antéro-interne de la jambe une « saillie menaçant de perforer la peau déjà amincie. »

Le malade avait 50 ans.

Les manœuvres ordinaires amenaient momentanément la réduction; mais celle-ci cessait aussitôt qu'on interrompait les efforts de traction; le fragment inférieur remontait immédiatement derrière le fragment supérieur qui menaçait à nouveau de perforer la peau.

M. Faure a pensé un moment au chloroforme; mais il en fait ressortir les inconvénients et insiste particulièrement sur la période d'agitation de cet agent médicamenteux qui peut provoquer des mouvements désordonnés dans le foyer de la fracture et aggraver les accidents. Il conseille de calmer le blessé par deux ou trois cuillerées de sirop de morphine ou de chloral.

Quand l'effet de ces médicaments a été produit, M. Faure exerce l'extension continue à l'aide de poids qu'on peut porter jusqu'à 6 ou 8 kilogr., pendant deux ou trois heures, quelquefois davantage. On enlève l'appareil extensif; un aide opère alors de nouvelles tractions et l'on applique un bandage plâtré.

M. Faure, en relatant cette observation, se loue des bons résultats de sa méthode, qu'il n'a mis d'ailleurs en usage, chez son malade, que pendant quatre jours et dont on ne peut, par conséquent, apprécier pour le moment la valeur.

Cette observation a fixé particulièrement mon attention, parce que j'ai eu dans ma pratique un assez grand nombre de faits de ce genre, même beaucoup plus graves que celui-ci, et que, pour combattre ces accidents, j'ai employé les moyens les plus simples et les plus doux, sans manœuvres violentes, sans exercer la moindre pression sur le membre fracturé.

Il y a une indication capitale à remplir, qui domine toutes les autres et à laquelle aucun appareil ne peut répondre, pour assurer le succès du traitement, dans l'état actuel de la science : c'est d'avoir la possibilité d'agir immédiatement sur les fragments, et spécialement sur le plus petit, l'inférieur, qui présente, par son exiguité et son excessive mobilité, très peu de prise aux agents de réduction, dans le genre de fracture que nous étudions.

Or, ma boîte-gouttière à suspension rend cette manœuvre extrêmement facile. En effet, la gouttière, offrant un fond solide et résistant, permet

d'interposer entre elle et le fragment inférieur un corps souple et compressible. un tampon d'ouate, par exemple, après avoir toutefois réduit la fracture. Voici le procédé : le chirurgien commence par introduire la main sous le fragment qui est dévié en arrière; il le soulève ensuite pour le mettre en contact avec le fragment supérieur, et le maintient à l'aide de la paume de la main dans cette position, pendant qu'un aide introduit le tampon d'ouate dont le volume doit être proportionné à l'espace à remplir.

C'est une manœuvre qui m'a réussi presque toujours. On m'objectera que le tampon se déplacera et que les fragments se sépareront derechef. Dans ce cas, on interpose de nouvelles couches d'ouate sous les premières, et comme la suspension a pour effet de neutraliser ou au moins d'enrayer toujours l'action musculaire, en persistant à exercer cette manœuvre, on gagne un temps précieux qui permet d'obtenir l'immobilisation de la fracture et le travail précoce de la formation du cal. Je désigne ce procédé sous le nom de *coaptation immédiate*.

Je présenterai plus loin des faits qui démontreront ses avantages.

(Pour la description de mon appareil, voir le *Manuel de petite chirurgie* Jamain-Terrier, édition 1880.)

La déviation du fragment inférieur de la fracture observée par M. Faure avait lieu en arrière du supérieur; mais il est des cas, beaucoup moins fréquents d'ailleurs, où elle se présente en avant de ce dernier fragment. Le chirurgien est obligé de répondre à des difficultés encore plus grandes de coaptation. L'indication est d'agir en sens opposé, c'est-à-dire en portant le fragment inférieur d'avant en arrière. Or, la boîte gouttière, comme je l'ai déjà dit, vous donne les moyens d'atteindre ce but facilement, permettant d'agir directement sur le fragment le plus mobile par la *position* simplement, et voici comment j'opère : l'indication à remplir est d'abaisser le fragment inférieur au niveau du supérieur; on arrive à ce but aisément en élevant le talon et, pour lui conserver cette situation, on introduit audessous de celui-ci un fort tampon d'ouate, entre le calcanéum et la gouttière de l'appareil, après avoir réduit la fracture; et l'on fixe le pied, comme à l'ordinaire, par des tours de bande roulés autour de ce dernier et de la semelle de la gouttière. Si les rapports des fragments se détruisent, on les rétablit en tassant de nouvelle ouate sous le talon. Le repos musculaire produit par la suspension facilite le travail du cal qui s'opère plus promptement.

Lorsqu'il y a chevauchement des fragments, dans l'espèce de fracture qu'a décrite M. Faure, la conduite à tenir est différente : la séparation de ceux-ci étant persistante, l'emploi du tampon d'ouate devient insuffisant, bien qu'il puisse encore être continué, s'il y a lieu. Voici le procédé que j'ai mis en usage chez un malade de l'hospice Lenoir, de Saint-Mandé. Il y avait imminence de perforation de la peau par le fragment supérieur, dans une étendue en longueur de 4 ou 5 centimètres, avec mobilité excessive de ce fragment. Pour mettre en contact les extrémités osseuses, j'applique une couche légère d'ouate sur le point fracturé, que j'entoure de deux larges bandelettes de diachylum fortement serrées et fixées par une bande roulée.

La consolidation se fit très rapidement et l'extrémité inférieure seule du fragment supérieur traversa la peau dans une fort petite étendue équivalant à une pièce de 20 centimes. La plaie qui en résulta mit à découvert la pointe de l'os dont la surface se dénuda et se couvrit, en très peu de temps, de bourgeons charnus suivis dans un court délai du travail d'ossi-

fication. Cet incident ne troubla en rien la consolidation de la fracture, qui s'opéra fort peu de jours après l'application des bandelettes.

On peut étendre la méthode de la *coaptation immédiate* aux fractures de cuisse, quand la déviation du fragment inférieur derrière le supérieur a lieu en bas du fémur. L'interposition du tampon d'ouate entre cette dernière portion de l'os et la gouttière réussit parfaitement et abrège considérablement la durée du travail de formation du cal.

Je ferai suivre cette discussion de quelques observations qui viendront confirmer ma manière de voir.

Observation Ire. — M. Montenon, fabricant de galoches, demeurant à Paris, rue du Rendez-Vous, âgé de 50 ans, ataxique, fait une chute à la suite de laquelle il est atteint d'une fracture comminutive de la jambe gauche, très oblique, située immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne du côté du tibia, à 6 centimètres au-dessus à la région péronière, avec saillie du fragment supérieur du tibia qui menace de perforer la peau; le fragment inférieur est fortement porté en arrière. Il y a déviation considérable du pied en dehors, qui repose complètement sur le côté externe. A 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, existe une petite plaie de la grosseur d'une tête d'épingle, qui est le siège d'une hémorrhagie. Il y a emphysème dans toute l'étendue du mollet.

La boîte-gouttière est appliquée le jour même de l'accident, le 16 mai 1884.

Les fragments, à la suite de la réduction, restent en rapport jusqu'au 21.

A cette date survient de l'agitation; température à 38; pouls à 96; face vultueuse; parole brève, saccadée; excitation générale. La région antéro-inférieure de la jambe est d'un rouge violacé, noirâtre en certains points; érysipèle à la même région, gagnant le pied; trois phlyctènes. La plaie ne donne plus de sang.

Le 22, cette dernière s'est beaucoup agrandie et commence à suppurer. Pansement phéniqué à 1 centième; potion anti-spasmodique.

Le 23, état général grave; la nuit précédente très mauvaise; symptômes de septicémie; facies altéré. La plaie s'élargit encore et rend une suppuration abondante, sanguinolente, fétide. Pouls à 84.

Le 24, le malade a beaucoup souffert; soubresauts des muscles qui soulèvent le membre; pouls à 96; température peu élevée; les accidents généraux conservent leur gravité.

Ouverture de l'abcès; drainage. Le blessé est immédiatement soulagé; le pouls tombe au bout de quelques minutes, de 96 à 85. Même pansement; potion anti-spasmodique renouvelée.

Le 26, amélioration marquée; pouls à 81; température normale; beaucoup moins de suppuration, qui n'est plus fétide; l'aspect de la jambe est meilleur; l'érysipèle s'est borné; les fragments sont en rapport.

Le 28, déplacement considérable de ces derniers causé par les soubresauts des muscles; saillie très forte du fragment supérieur du tibia; état général satisfaisant; bon aspect des plaies du drainage. Régime réconfortant. Réduction.

Le 29, nouvelle séparation des fragments avec aplatissement très prononcé du tibia.

Le 30, les manœuvres de réduction étant tout à fait impuissantes, j'ai recours à mon procédé de *coaptation immédiate* décrit plus haut, en soulevant le fragment inférieur avec la paume de ma main placée sous ce fragment et le maintenant à l'aide du tampon d'ouate.

Le 1er juin (17e jour), état général excellent; peu de suppuration; aplatissement du tibia notablement diminué, qu'on combat comme précédemment.

Le 3, soubresauts des muscles qui produisent un grand déplacement; manœuvres nouvelles de *coaptation immédiate* exercées avec succès.

Le 5 (21e jour), le malade a pu fléchir le genou de lui-même.

Le 7, la séparation des fragments se reproduit et cède aux mêmes moyens; les plaies, qui commençaient à bourgeonner le 4, sont cautérisées avec le crayon d'azotate d'argent. Etat général parfait.

Un deuxième abcès se forme à 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, derrière le premier.

Le 11 (27e jour), on enlève le drain.

Le 17, dépression marquée du tibia; coaptation immédiate.

Le 23 (39e jour), le malade a pu lever un peu le membre.

Le 30 (46e jour), il se tient debout seul.

Le 1er juillet (48e jour), il marche avec des béquilles, du secours desquelles il pourrait se passer, n'était l'aggravation de l'ataxie locomotrice par la fracture, qui l'empêche de se maintenir en équilibre sur ses jambes.

Le 14 août, un troisième abcès se montre en dehors et au-dessus du premier, au niveau du côté externe du fragment supérieur du tibia.

L'administration du sulfate de strychnine a calmé les symptômes de l'ataxie qui revient à son état antérieur à l'accident.

Le 21 septembre, une très petite esquille sort d'elle-même par la plaie du deuxième abcès.

Le lendemain, une deuxième esquille se fait jour à travers la même ouverture,

Le 20 septembre, M. le docteur Dupré, m'ayant remplacé pendant quelques jours auprès du blessé, avait fait l'extraction d'une esquille plus volumineuse que les deux autres et qui sortit par la plaie du deuxième abcès.

Ces derniers accidents ne se produisirent qu'après la consolidation complète de la fracture.

Le 22 septembre, le malade marchait mieux qu'auparavant à cause de l'atténuation des symptômes d'ataxie.

Il y a un léger raccourcissement d'un centimètre et demi environ, auquel on remédie facilement par l'usage d'une semelle ajoutée au soulier.

Voici l'état du membre dans la région atteinte : on observe une légère dépression occupant le point de jonction des deux fragments du tibia, immédiatement au-dessus de la malléole interne : le fragment inférieur, qui est très court, est plus enfoncé que le supérieur et porté en arrière d'une manière d'ailleurs peu prononcée.

Le membre a recouvré toutes ses fonctions.

Les manœuvres de *coaptation immédiate*, décrites ci-dessus, sont parfaitement applicables aux fractures du fémur, à sa région inférieure. Je pourrais citer plusieurs faits en faveur de cette pratique, un entre autres, qui a trait à un maraîcher de Saint-Mandé et qui date d'avril 1870; le fragment inférieur était fortement dévié en arrière, avec saillie très prononcée du fragment supérieur, et opposait une grande résistance à la coaptation exercée avec la paume de la main.

La consolidation s'opéra normalement au bout de trente-sept jours.

Obs. II. — Mme H..., femme d'un ancien commis des postes, demeurant à Paris, avenue de Saint-Mandé, âgée de 30 ans, tombe d'une ascenseur le 19 juillet 1879; à la suite de cette chute, elle est atteinte d'une fracture de la jambe droite, au tiers inférieur, très oblique, avec grand déplacement; le fragment inférieur fait pointe en avant; il est porté en dedans, avec courbure marquée de la jambe.

Le 20, application de mon appareil.

Jusqu'au 28, la *coaptation immédiate* se fait incomplètement, à cause des déplacements quotidiens des extrémités osseuses, malgré le soulèvement du talon au-dessous duquel on place le tampon d'ouate, en faisant basculer le fragment inférieur d'avant en arrière, et cherchant à le maintenir dans cette position à l'aide de jets de bande roulés autour du pied.

Le 25, le fragment inférieur, présentant une pointe très aiguë, menaçait de perforer la peau.

Le 26, la manœuvre est renouvelée.

Le 28, les rapports sont entièrement rétablis et se maintiennent mieux.

Le 2 août (15e jour), plus de mobilité dans la fracture; la continuité osseuse est tout à fait obtenue; la malade commence à fléchir le genou.

Le 7 (50e jour), elle peut marcher en s'aidant de béquilles.

Le membre est revenu à l'état normal, si ce n'est une très légère saillie au point fracturé, inappréciable à la vue et qu'on ne perçoit que par le toucher.

Obs. III. — M. Thiév..., pensionnaire de l'hospice Lenoir et Jousserand (de Saint-Mandé), âgé de 45 ans, auprès duquel j'avais été appelé en consultation par M. le docteur Foucher, tombe en faisant un faux pas, le 29 mai 1882. A la suite de cette chute, il est pris d'une fracture complète du quart inférieur de la jambe droite, très oblique, d'une excessive mobilité, avec chevauchement et grand déplacement; le fragment supérieur présente une forte saillie sous la peau; le fragment inférieur est dévié en arrière; le pied porté en dehors.

Il y a complication de deux entorses.

Le péroné est brisé à la même hauteur que le tibia.

Le malade est atteint d'ataxie locomotrice, depuis plusieurs années, à un haut degré.

La boîte-gouttière est appliquée le jour même de l'accident.

Le 30, il y a un peu de déplacement; ecchymose marquée au niveau de la solution de continuité; œdème de la partie supérieure de la jambe; gonflement des malléoles; la région de la fracture est rouge, tuméfiée, brûlante, d'une grande sensibilité.

Le soir, apparition de phlyctènes qu'on ouvre; grand déplacement; réduction par la coaptation immédiate.

Le 1er juin, peu de déplacement; la jambe prend une teinte d'un bleu noirâtre. L'état général est bon.

Le 4, il n'y a plus de symptômes de traumatisme; toutes les complications inflammatoires ont disparu.

Le 10, renouvellement du tampon d'ouate.

Le 14 (17e jour), le malade a pu lever un peu son membre.

Le 19, les fragments sont en place; tous les accidents ont disparu.

Le 21 (24e jour), le blessé a commencé à fléchir le genou.

Le 29 (32e jour), les extrémités osseuses sont en rapport dans presque toute leur étendue, excepté toutefois à l'extrémité inférieure du fragment supérieur, qui conserve une grande mobilité et forme une saillie en pointe à cette région.

Application du tampon d'ouate; on étend fortement le pied, pour y remédier, en le maintenant avec une bande dans cette situation.

Ces moyens de contention du fragment supérieur ne pouvant réussir à le fixer, j'applique une légère couche d'ouate au devant de la région fracturée, que je recouvre dans toute sa longueur de deux larges bandelettes de diachylum fortement serrées et maintenues par une bande roulée.

Le 30 (33e jour), plus de mobilité des fragments. Le malade lève son membre d'une seule pièce, sans changer en rien les rapports. Les surfaces de la fracture sont tout à fait en contact, excepté à l'extrémité inférieure du fragment supérieur qui présente encore une pointe mobile.

Le 2 juillet, excoriation au niveau de cette dernière; la peau amincie laisse voir la blancheur de l'os.

Même pansement avec les bandelettes de diachylum.

Le 6, on cesse l'application de ces dernières.

Le 3, imminence de perforation de l'enveloppe cutanée, qui est recouverte d'une petite croûte brunâtre; la pointe de l'os n'est plus mobile.

Le 4, les fragments sont solidement fixés.

Le 13, consolidation complète de toute la partie supérieure de la jambe; il reste en bas une petite pointe sans mobilité.

Le 21 (54e jour), le malade s'est levé, en l'aidant, pour faire son lit; les mouvements du genou sont libres.

Le 26 août, l'extrémité inférieure du fragment supérieur a perforé la peau dans une

étendue qu'on peut comparer à celle d'une pièce de 20 centimes environ; la saillie de l'os est beaucoup diminuée.

Le 29, la petite plaie commence à suppurer; on sent l'os dénudé à sa surface.

Le malade se lève tous les jours.

Le 4 septembre, l'os est entièrement recouvert.

Le 12 apparaissent les bourgeons charnus, qu'on cautérise.

Le 25, la cicatrisation est complète.

Le malade a recouvré intégralement les fonctions de son membre, en conservant toutefois les mouvements désordonnés de l'ataxie locomotrice.

Il ne reste qu'une légère saillie au niveau de la fracture.

On a pu voir, par la relation de ces trois faits, que malgré la gravité et les complications qu'ils ont présentées, on est parvenu promptement à se rendre maître des accidents, en agissant directement sur la région fracturée par les manœuvres locales de coaptation immédiate qui deviennent très simples et d'une grande facilité d'application, en se servant de la boîte-gouttière qui laisse le membre tout à fait libre sans aucune compression, et fait obtenir l'immobilisation due à la suspension; cette dernière atténuant toujours l'action musculaire ou même la neutralisant dans beaucoup de cas.

Je terminerai en résumant ces trois observations.

Dans la première, qui offrait les plus redoutables complications : obliquité, mauvaise situation de la fracture, hémorrhagie, érysipèle, emphysème, engorgement du membre, abcès, soubresauts musculaires, symptômes alarmants de septicémie chez un ataxique, formation de plusieurs esquilles, le drainage précoce, les réductions répétées et l'usage méthodique de la *coaptation immédiate* ont amené la consolidation de la solution de continuité, au bout de quarante-sept jours, dans les meilleures conditions, et ont permis le bon fonctionnement du membre, malgré la présence des esquilles et les obstacles qu'oppose le plus souvent l'ataxie locomotrice à la formation du cal.

Dans la deuxième observation : la grande obliquité de la fracture; la mobilité incessante des fragments, qui occasionnait des déplacements continuels et sollicitait de fréquents efforts de réduction; la saillie excessive du fragment inférieur en avant faisant craindre la perforation de la peau; toutes ces complications ont été combattues victorieusement par la seule *position*, en élevant le talon, et maintenant ainsi en rapport les extrémités osseuses par l'application, sous ce dernier, de tampons d'ouate; manœuvres qui ont été suivies d'un travail complet d'ossification en quarante-neuf jours, avec retour à l'état normal.

Enfin la troisième observation se rapporte à un sujet ataxique; il y a chevauchement des fragmeuts dans une grande étendue; forte saillie en pointe du fragment supérieur; inflammation du membre qui revêt une couleur d'un rouge violacé; phlyctènes; grande mobilité des fragments. Les manœuvres de coaptation immédiate, pour relever le fragment inférieur dévié en arrière, ayant échoué et la perforation de la peau étant imminente sur une grande surface, l'application des bandelettes de diachylum, par la forte pression qu'elles exercent sur les fragments disjoints, les met tout à fait en contact, et provoque la formation du cal très rapidement — le 33e jour — dans presque toute la longueur de la solution de continuité, à l'exception toutefois de l'extrémité inférieure du fragment supérieur qui, plus tard, perfore la peau avec dénudation de l'os, et se transforme en une

petite plaie dont la cicatrisation s'opère complètement au bout d'un mois. Le diachylum est conservé pendant sept jours.

Le 54e jour, le malade se lève. La guérison avait été retardée uniquement par la perforation qui, d'ailleurs, n'apportait aucun obstacle à l'accomplissement des fonctions de son membre, Il restait une légère saillie au niveau de la fracture; le malade présentait, comme avant l'accident, les allures désordonnées de l'ataxique. Ce cas est unique, comme application de mon procédé.

Quant au parallélisme à établir entre les deux méthodes que je viens d'exposer dans ce travail, je ne chercherai point à discuter leur valeur relative. Je laisserai au public médical toute liberté d'appréciation; seulement je ferai remarquer que l'une veut violenter la nature et lui imposer ses lois par la force; que l'autre se soumet docilement et humblement aux lois de la première, et tend à les suivre par des vois douces et inoffensives.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1888.

M. Ferran écrit, de Barcelone, pour prier l'Académie de tenir compte, dans l'examen des recherches effectuées pour la découverte de la vaccine chimique du choléra asiatique, des documents qu'il lui a adressés à diverses reprises.

Séance du 3 septembre.

Action du chlorure d'éthylène sur la cornée, par M. Raphaël Dubois. — Parmi les composés chlorés de l'éthane, le chlorure d'éthylène a été l'objet de recherches qui ont conduit à la découverte d'une propriété singulière possédée par ce corps, à l'exclusion de tous ceux dont les caractères physiologiques nous sont connus.

Le chlorure d'éthylène, ou *huile des Hollandais*, est un bon anesthésique. Il se rapproche du chloroforme par son activité, mais il est beaucoup mieux toléré par les chiens auxquels on le fait inhaler. En mélange titré à 10 p. 100, il procure, au bout de dix minutes en moyenne, une anesthésie complète accompagnée d'un sommeil d'une tranquillité presque absolue et que l'on a pu parfois prolonger pendant plus de deux heures sans produire d'accidents inquiétants. La respiration subit quelques oscillations dans son amplitude et sa rapidité, selon les diverses phases du sommeil. Il en est de même du pouls, qui est quelquefois irrégulier, mais sans présenter, toutefois, des indications alarmantes.

Si le sommeil n'a pas été prolongé au delà d'une heure, la température s'abaisse à peine de quelques dixièmes de degré. Le réveil est rapide, tranquille, sans accidents consécutifs, si le titre du mélange n'est pas trop élevé. Après l'inhalation d'air saturé de vapeurs de chlorure d'éthylène, on peut voir survenir, à la suite d'une diarrhée abondante et persistante, un amaigrissement rapide, qui fait place parfois à un embonpoint exagéré au bout de quelques semaines.

En somme, s'il était démontré qu'il y a identité absolue d'action du chlorure d'éthylène chez l'homme et chez le chien, on pourrait, à la fin d'une anesthésie, proclamer la supériorité de ce nouvel agent anesthésique. Mais, chez le chien, parmi les phénomènes qui suivent le réveil et l'élimination du poison, il en est un extrêmement remarquable par sa singularité : c'est l'altération morphologique qui se produit dans les deux cornées, plusieurs heures après le réveil. Celles-ci, en effet, ont pris un aspect bleuâtre; elles semblent faites de porcelaine opalescente et l'animal regarde avec des yeux étranges qui donnent à sa physionomie une expression bizarre. Cette opalescence n'est pas suivie de nécrose cornéenne. Au contraire, au bout de plusieurs mois, la cornée

s'éclaircit de la périphérie vers le centre, par suite de la disparition d'une partie des mailles du réseau dont, à la loupe, on avait constaté la présence dans cette membrane. Bref, il est manifeste que l'on se trouve en face, non pas d'une lésion résultant d'un processus inflammatoire franc, mais bien d'un épaississement des lames cornéennes produit par une inhibition, une hydratation exagérée, inégale, de ses éléments fondamentaux; en un mot, d'un véritable œdème cornéen, ainsi que mes recherches l'ont démontré.

VARIÉTÉS

L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS ANGLAIS ET ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

L'intérêt que nous portons — nos lecteurs le savent — à l'*Association médicale mutuelle* nous fait un devoir de mettre sous leurs yeux le cinquième rapport annuel de l'*Association amicale des médecins anglais*, et un tableau succinct de la situation déjà prospère de son émule, la jeune Association française fondée par notre digne confrère, le docteur Lagoguey.

Association amicale des médecins anglais.—(Cinquième rapport annuel du comité 1887-1888.)

Messieurs,

« En vous présentant ce rapport, nous avons la bonne fortune de lui conserver l'agréable monotonie qui résulte de notre prospérité croissante et d'une bonne gestion. Alors que quatre ans et demi se sont écoulés depuis la création de notre Société, c'est pour nous un encouragement d'être en état de vous montrer que l'œuvre de l'année qui vient de s'écouler supportera avantageusement la comparaison avec les années précédentes, quel que soit d'ailleurs le point de vue auquel on la considère. Un tel fait est le meilleur gage pour l'avenir de notre Société : il nous donne en même temps l'ample justification des prévisions et des calculs qui en ont déterminé la fondation. Maintenant qu'un temps suffisamment long s'est écoulé pour permettre d'énoncer un jugement fondé, il est utile et intéressant de résumer les problèmes dont la Société avait été forcée de confier la solution à l'avenir, et d'examiner en même temps quelle lumière l'expérience a jetée sur les faits et quelle a été la réponse de ces derniers.

La question la plus importante, celle qui se posait tout d'abord, consistait à se demander si une société de cette nature répondait à un besoin réel et étendu, et si les membres de notre profession consentiraient à s'unir en nombre suffisant pour en assurer la stabilité et la durée. Après étude et enquête minutieuses, l'opinion des experts fixa à 400 le nombre minimum de membres nécessaires pour atteindre le but. Ce nombre fut rapidement obtenu : 500 propositions environ avaient été reçues dans les six premiers mois. Depuis ce temps, le nombre des membres s'est constamment accru, les adhésions sont venues chaque année de plus en plus nombreuses, et le total des demandes reçues à la date de ce rapport s'élève à 1,039. A coup sûr, l'effectif actuel est de beaucoup au-dessous de ce total que des causes diverses ont réduit chaque année; toutefois, la proportion des démissions est très faible. Néanmoins, notre actif dépasse le double de celui qui avait été considéré comme indispensable, et, tout en nous donnant la preuve concluante de la nécessité de notre Société, notre nombre constitue une source de puissance et de sécurité, puisque les moyennes expérimentales sont plus facilement réalisables dans une grande collectivité que dans une petite.

La base financière sur laquelle devait reposer la Société constituait également une question de la plus haute importance. Bien que le plus grand soin eût été apporté à son étude et que les sources d'informations les plus dignes de confiance eussent été consultées, on avait dû reconnaître l'impossibilité de déterminer ce point d'une manière précise et attendre la lumière de l'expérience.

Cette expérience est maintenant assez complète pour que nous puissions en tirer les

conclusions, et elle met hors de doûte la sécurité que donne à notre Societé la base financière sur laquelle elle repose. Notre capital s'élève actuellement a 25,000 livres environ (exactement 273,510 fr.) : il a été constitué en totalité au moyen des primes payées par les sociétaires, et, bien que les seules évaluations de la statistique puissent permettre de calculer quelle part doit être attribuée soit aux bénéfices, soit au fonds de réserve, les membres de la Société peuvent attendre cette épreuve en toute confiance. D'un autre côté, les déboursés faits par la Société ont été suffisants pour démontrer la grande étendue de son utilité, un total de 5,610 livres 10 sh. 8 d. (140,250 fr. 30) ayan été payé pour indemnité de maladie depuis le commencement de l'association.

Si l'on examine de plus près les opérations que représentent ces déboursés, spécialement en ce qui concerne l'indemnité de maladie — qui constitue incontestablement maintenant la partie la plus importante de l'œuvre de la Société — quelques faits très intéressants seront mis en lumière. Ainsi, sur un effectif moyen de 700 membres, 275 ont participé à la répartition de la somme totale payée pour l'indemnité de maladie : ce fait semblerait démontrer qu'un membre sur trois est assujetti dans le cours de quatre années, à l'incapacité professionnelle par suite de maladie ou d'accident. C'est une proposition à laquelle seraient loin de s'attendre ceux qui n'ont pas étudié la question, et elle nous donne amplement la preuve du risque de maladie. Il est vrai, de grandes différences se sont produites dans la nature et la durée des cas; beaucoup n'ont pas dépassé une semaine; un a duré plus de trois ans et un autre plus de deux ans. Les deux derniers confirment la nécessité de notre mode actuel qui réduit l'indemnité dans le cas d'incapacité permanente : l'indemnité peut être considérée dans ce cas comme une allocation viagère qui sera d'une grande valeur pour les membres de la Société et n'entraînera pourtant pas une charge financière appréciable. C'est encore un des points intéressants de cette expérience, que le grand nombre des cas d'incapacité produite par les accidents. Il semble qu'il y a là un risque auquel les médecins, surtout ceux qui exercent en province, sont plus particulièrement exposés. Plusieurs de ces accidents contre lesquels l'examen médical au moment de l'admissiou ne saurait certes donner aucune garantie, se sont produits dès le début de la participation. Dans un cas (fracture comminutive du cou-de-pied), le sociétaire a reçu 109 livres 4 sh. (2,730 fr.) dans sa première année de participation. Ce cas et d'autres analogues fournissent la preuve indubitable de la nécessité de la Société ainsi que de la possibilité réelle et toujours présente de son utilité, même pour les mieux portants et les plus vigoureux parmi ses membres. Pour résumer et pour conclure, le taux de la morbidité, tout en restant au-dessous de la moyenne prévue et à laquelle il est amplement pourvu, fournit un risque moyen très palpable; cette branche de la Société promet un fonctionnement très actif et très utile et impose à l'administration une attention et une surveillance minutieuse.

La possibilité de gérer la Société d'une façon efficace et économique avait été entrevue dès le début. Il était évident qu'en raison du caractère même de l'entreprise, on ne manquerait pas d'administrateurs de bonne volonté et désintéressés : mais il fallait aussi se demander si le service gratuit pourrait s'accorder avec les exigences d'une fonction englobant une infinité de détails, la résolution de questions parfois de nature difficile et délicate, et le placement garanti et rémunérateur ainsi que le contrôle d'un capital élevé et sans cesse croissant.

Le conseil a veillé à tous ces soins avec bienveillance et constate le succès obtenu, grâce au dévouement des administrateurs qui avaient bien voulu se charger du poids et de la responsabilité de la gestion financière. Il suffit, pour donner une preuve de cette bonne gestion, de faire remarquer que les frais de gestion n'ont pas absorbé la moitié des 10 pour 100 du produit des cotisations, proportion peu élevée pourtant, à laquelle ces frais avaient été évalués par les statuts. L'importance de cette économie est encore plus appréciable quand on considère le caractère de stricte mutualité de la Société. caractère en vertu duquel les profits et le fonds de réserve sont entièrement attribués au bénéfice de ses membres. Il est cependant équitable de faire ressortir que ce résultat est en grande partie obtenu grâce au concours intelligent, actif et gratuit d'un grand nombre de sociétaires et de la presse médicale. »

En résumé, l'effectif de la Société amicale des médecins anglais s'est élevé pendant l'année 1887-88 de 774 à 881 membres.

1° Elle possède un capital de 273,510 fr. après evoir payé depuis sa fondation 140,250 fr. pour indemnité de maladie, dont 43,045 pour l'année 1887-88.

Ces 43,045 fr. ont été répartis entre 125 malades pour un total de 3,658 journées de maladie.

Le produit des cotisations pour l'année 1887-88 s'est élevé à 119,155 fr.

Ces résultats généraux donnent les moyennes suivantes :

La dépense totale pour indemnité de maladie s'élève à 36 pour 100 du produit des cotisations. En 1887-88 cette proportion avait atteint 37.1 et 38.1 pour 100 pendant les deux années précédentes.

2° La cotisation moyenne a varié pendant les trois dernières années entre 133 fr., 131 fr. et 135 fr.

3° La moyenne des journées de maladie par sociétaire a flotté entre 4.59 et 5.11 en 1885-86; 4.50 et 5.15 en 1886-87 et 4.47 et 3.92 en 1887-88.

4° L'indemnité quotidienne moyenne a atteint 11 fr. 41; 11 fr. 61 et 11 fr. 97.

5° Enfin la réserve s'est élevée d'année en année de 190 fr. à 251 fr., puis enfin à 222 fr. par sociétaire participant.

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'Association médicale mutuelle du département de la Seine permettent de constater qu'elle peut subir sans désavantage la comparaison avec la Société anglaise.

Voici quelle est la situation de cette jeune Association (19 mois d'existence au 31 juillet 1888.

Avoir au 31 décembre 1888	6.741 fr.
Indemnités payées depuis le 1er janvier 1888	2.430
Nombre des journées de maladie	243
Avoir au 31 juillet 1888	12.000

1° La moyenne annuelle des journées de maladie (calculée pour les sept premiers mois) s'élève à 4.16 ; un seul associé a reçu 1,750 fr. pour 175 journées.

2° La cotisation annuelle, 120 fr. et l'indemnité quotidienne, 10 fr. sont invariables.

3° La réserve atteint 120 fr. par associé.

Nous livrons ces résultats sans commentaires aux méditations de nos lecteurs, persuadés qu'ils sont dignes de leur plus vive attention.

FORMULAIRE

Traitement local des ulcères. — E. Rochard.

Si la suppuration est abondante, on peut faire deux pansements par jour; mais, dès qu'elle diminue, on éloigne de plus en plus les pansements, de manière à ce qu'ils n'aient plus lieu que tous les 2 ou 3 jours. Dans le cas de plaie douloureuse, cataplasmes émollients très légers, ou bien encore plumasseaux imbibés de décoction de guimauve et pavot. Dans le cas d'ulcère atonique, on excite les bourgeons charnus au moyen de topiques divers. S'il y a menace de gangrène, les pansements antiseptiques sont indiqués. — Le décollement des bords, la formation des clapiers, les callosités sont combattus par la cautérisation ou l'excision. Le styrax agit efficacement sur les bourgeons charnus ; et dans les cas d'ulcères atoniques, le professeur Hardy recommande une pommade composée de 2 parties de minium, de 2 parties de cinabre et de 30 parties de cérat.

Si la suppuration de l'ulcère est fétide, les pansements à l'alcool, à l'acide phénique, au permanganate de potasse, peuvent être indifféremment choisis par le chirurgien. — L'iodoforme est très antiseptique, et s'attaque à l'élément douleur. Il produit d'excellents effets dans les ulcères vénériens et phagédéniques. — Les cautérisations au nitrate d'argent faites de temps en temps, entretiennent la vitalité des tissus et favorisent la cica-

risation. Enfin, lorsque l'ulcère devient phagédénique et qu'il s'étend à la fois en surface et en profondeur, on éteint plusieurs cautères chauffés à blanc sur la surface de la plaie.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Angleterre. — L'Association des dentistes anglais a tenu son Congrès à Dublin jeudi dernier.

— Le 65e Congrès annuel des médecins et naturalistes allemands aura lieu à Cologne du 18 au 22 septembre.

— L'Association britannique pour l'avancement des sciences tiendra, du 5 au 12 septembre, à Bath, son 58e Congrès annuel.

COURRIER

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère

Troisième liste

MM. les professeurs	Dieulafoy	10 fr.
—	A. Fournier	100
—	Grancher	100
—	Barrois (de Lille)	50
MM. les docteurs	E. Besnier	20
—	Barrault	10
—	Blaquart	30
—	A. Brochin	20
—	A. Coizeau	10
—	Fort	100
—	Montargis	20
—	Pietkiewicz	10
—	Portalier	10
MM.	Collin (Charrière)	20
	Virgile Creté	10
	Edmond Fournier, étudiant en médecine	50
	E. Hoskier et Cie, banquiers	100
	Georges Masson	25
	Victor Mercier	20
Deuxième liste		1,068
	Total	1,783 fr.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sosthène Dieu, pharmacien principal de première classe, en retraite, directeur de la santé à Dunkerque, décédé subitement dans cette ville, le 13 août 1888, dans sa quatre-vingt-deuxième année.

Poste médical. — On demande un médecin pour un chef-lieu de canton dans la grande banlieue de Paris, où il n'y a ni pharmacien, ni sage-femme. — S'adresser au Bureau du journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Traitement antiseptique de la blennorrhagie (1).

Messieurs,

Vous avez vu, dans la dernière séance, ce qu'était le traitement méthodique, classique de la blennorrhagie; comment il oppose aux diverses périodes de la maladie une médication particulière adaptée à chacune d'elles; c'est ce qui a fait dire à Diday qu'au point de vue thérapeutique, la blennorrhagie pouvait se diviser en trois périodes ou états; 1° *un état abortible*, existant au début même de la maladie, durant à peine quelques heures, et pendant lequel le traitement abortif peut être légitimement tenté; 2° *état irrépressible,* correspondant aux accidents aigus de la maladie, se prolongeant ordinairement pendant plusieurs semaines, parfois pendant plusieurs mois; l'emploi des médications répressives de la blennorrhagie est alors souvent plus nuisible qu'utile; patience et hygiène constituent, comme je vous le disais, le véritable traitement de cette période dans la médecine classique; 3° *un état répressible* commençant avec le déclin de la maladie. C'est à dater de ce moment que le traitement a chance de mordre et que les médications ordinaires, cubèbe, copahu, injections, peuvent être employées avec le légitime espoir d'amener une cessation rapide des accidents.

Le traitement classique est un traitement à longue échéance, aux prétentions modestes, mais d'une efficacité incontestable; les règles en sont nettement tracées, et cependant son application ne laisse pas que d'être parfois délicate, car il n'est pas toujours facile de décider si le moment d'intervenir d'une façon active et énergique est arrivé. Il est toujours bien long d'attendre en patientant le moment où l'amélioration des accidents inflammatoires sera suffisante pour permettre au médecin de recourir aux médications suppressives; cette attente se prolonge pour le moins pendant plusieurs semaines; elle peut être de plusieurs mois; Diday l'a vue durer près d'une année, et vous comprenez facilement combien, en pareil cas, il faut de résignation au malade, de patience et d'énergie au médecin pour ne pas risquer quelques tentatives prématurées de traitement suppressif.

Les médications que nous allons passer en revue aujourd'hui ont la prétention d'être d'une utilité plus grande, d'un maniement plus facile que les remèdes de la médication classique; elles pourraient être employées sans

(1) Voir les numéros des 21, 23, 28 et 30 août 1888.

inquiétude, et avec grand avantage, à toutes les périodes de la blennorrhagie; elles offriraient donc sur le copahu, le cubèbe et les injections ordinaires un double avantage : elles dispensent de cette longue attente, de cette période contemplative pendant laquelle le traitement méthodique se contente de laisser couler la blennorrhagie en s'efforçant simplement de modérer l'intensité des accidents; elles n'exposent pas à ces faux départs, si fréquents dans l'administration du copahu et du cubèbe, où le médecin, cédant aux instances du malade, se laisse aller à administrer prématurément ces médicaments et se voit bientôt contraint à les suspendre pour revenir à la médication antiphlogistique, ce traitement essentiellement d'attente.

Le *santal,* ou plutôt l'essence de santal, anciennement usitée aux Moluques, avait été importé en Hollande vers le milieu du siècle dernier; il fut remis en honneur en 1865 par Henderson, et vulgarisé en France par le professeur Panas; ses avantages sur le cubèbe et le copahu seraient les suivants : d'un goût infiniment moins désagréable que le copahu, d'aucuns ont même prétendu agréable, il est généralement bien toléré par l'estomac, beaucoup moins irritant pour les reins. Administré à la dose quotidienne de 4 à 5 grammes par jour (8 à 12 capsules de 0,40 centigrammes) pendant la période aiguë, il aurait le pouvoir de transformer rapidement l'écoulement purulent en un simple suitement séreux et de le tarir en quelques jours; son action utile serait donc beaucoup plus grande que celle du copahu, qui, à la période aiguë, peut bien amender l'uréthrite, mais n'arrive qu'exceptionnellement à en compléter la guérison.

Le *baume de Gurjun* ou *Wood-oil,* préconisé par Vidal, Mauriac, C. Paul, présenterait des qualités analogues à celles du santal : tolérance facile; élimination exempte d'odeur pour l'haleine et les urines; suppression en six à huit jours des écoulements parvenus à maturité; amendement rapide et guérison en quinze à vingt jours des blennorrhagies traitées dès le début.

L'administration de ce médicament en potion paraît de beaucoup préférable à l'emploi des pilules ou des capsules. Vidal recommande la formule suivante :

Baume de Gurjun	4	grammes.
Gomme	4	—
Sirop simple ou de cachou	12	—
Infusion de badiane	40	—

en deux fois, au commencement des repas. — Faire suivre l'ingestion du médicament de l'absorption d'un verre de vin de Malaga.

Mauriac prescrit :

Baume de Gurjun	16	grammes.
Gomme	10	—
Sirop de gomme	30	—
Eau de menthe	50	—

à prendre en trois fois dans la journée.

Les doses élevées recommandées par mon savant collègue de l'hôpital du Midi ne sont pas toujours facilement supportées par les malades et ont assez souvent donné lieu à des accidents d'intolérance gastrique ou intestinale; la dose de 6 grammes ne paraît guère devoir être dépassée.

Quelques médecins se sont efforcés de substituer le kawa à ces derniers médicaments.

Ces différents produits donnent assurément de bons résultats; mais ils ne sont pas encore parvenus à supplanter le copahu et le cubèbe qui, malgré leurs inconvénients, restent encore les rois de la médication interne de la blennorrhagie.

Dans ces dernières années, la médication externe a semblé vouloir prendre le pas sur la médication interne dans la thérapeutique de la chaudepisse.

Depuis les travaux de Neisser, la méthode des injections a pris une importance considérable et constitue ce qu'on a appelé la médication antiseptique de la maladie.

Les recherches modernes, en s'accumulant pour démontrer que l'immense majorité des blennorrhagies appartient à la classe des maladies parasitaires, qu'elle trouve son origine dans l'implantation sur la muqueuse uréthrale d'un microbe particulier, le gonococcus, ont imprimé à la thérapeutique une direction nouvelle; au lieu de combattre l'inflammation, on s'est attaché à combattre le parasite; n'est-il pas, en effet, naturel de penser qu'en détruisant celui-ci, on deviendra plus facilement maître de celle-là, et que l'écoulement auquel avait donné lieu l'introduction du gonococcus dans l'urèthre tombera facilement dès que celui-là aura disparu?

Nos devanciers faisaient du traitement antiseptique sans le savoir; la fameuse injection abortive au nitrate d'argent ne doit probablement son efficacité qu'à ce fait que, pratiquée de bonne heure, dans les premières heures de la maladie, elle parvient à détruire le parasite alors que celui-ci n'a pas encore eu le temps de se multiplier abondamment et d'atteindre les parties profondes de l'urèthre. Aujourd'hui, c'est de parti pris que nous faisons de la médication antiseptique, que nous en faisons à toutes les périodes de la maladie.

Depuis quelques années, le nombre des antiseptiques recommandés dans le traitement de la blennorrhagie augmente chaque jour : à la teinture d'iode (Paquet, Mascarel) succèdent l'acide borique (Schelten Hill), le chloral (Pasqua), le permanganate de potasse (Weiss, Pétrone, Gourgros), l'acide phénique (Eklund), l'iodoforme (Cheyne), les irrigations d'eau chaude (Curtis), enfin le sublimé, l'acide salicylique et les salicylates, le sulfate de quinine, le jus de citron (Mannino), l'acide citrique (Jullien), etc. Je ne vous parlerai que des principaux de ces médicaments.

Le permanganate de potasse est le plus ordinairement prescrit à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 pour 250 grammes d'eau; la plupart des médecins sont aujourd'hui d'accord pour recommander les solutions très étendues, et reconnaissent que les solutions fortes sont beaucoup trop irritantes.

Le sulfate de quinine a été très recommandé par Naberkorn (de Wiesbaden), Delorme, Dreyfus-Brisac, Péchulier (de Montpellier); on le prescrit généralement sous la forme suivante :

Sulfate de quinine	1 gramme.
Glycérine	25 grammes.
Eau	75 —
Acide sulfurique ou eau de Rabel	q. s.

pour amener la dissolution complète.

Mais le traitement antiseptique, qui a eu et qui a encore le plus de vogue, c'est le traitement par les injections de sublimé.

Le sublimé fut employé dès le siècle dernier contre la blennorrhagie, alors qu'on considérait cette affection comme syphilitique et qu'on la croyait dès lors justiciable du traitement mercuriel; Hunter et Swediam en recommandaient l'usage. Les injections de bichlorure tombées en désuétude, surtout alors que la dualité des virus blennorrhagique et syphilitique fut définitivement établie, se trouvent cependant encore recommandées de loin en loin : Magaud, de Lyon (1848), Fantini (1861), Jousseaume (1882), en vantent les bons effets.

Après la découverte du gonococcus par Neisser, le sublimé est expérimenté en Allemagne par Leistikow, Lewin, Echsbaum, qui lui reconnaissent le pouvoir d'empêcher à un haut degré le développement du parasite.

Diday et Aubert à Lyon, C. Paul à Paris, Spilmann à Nancy, expérimentent la nouvelle méthode de traitement vantée par les Allemands et obtiennent les résultats les plus encourageants; leurs opinions sont consignées dans les thèses de Chameron (Paris, 1884), Licht (Nancy), Eraud (Lyon, 1886).

Cependant MM. Labbé, Dujardin-Beaumetz, Fournier, ne reconnaissent aux injections antiseptiques aucun avantage sur les méthodes anciennes de traitement de la blennorrhagie.

La formule le plus souvent employée est la suivante :

Liqueur de Van Swieten........................	10 grammes.
Eau distillée	190 —

Le professeur Galliot ajoute à la solution une petite quantité d'acide tartrique (5 grammes par litre) qui a pour propriété d'empêcher la précipitation de la solution.

M. C. Paul recommande de faire les injections tièdes; les solutions froides provoqueraient un état de contraction des glandes qui empêcherait la solution de pénétrer dans leur intérieur et de venir en contact avec le parasite.

M. Chameron n'a jamais vu survenir de complications imputables au traitement; plusieurs malades avaient des uréthrites profondes avec cystite du col, des prostatites; non seulement les injections n'ont amené aucune complication, mais la guérison est survenue rapidement. Il est utile de continuer les injections une dizaine de jours après la guérison apparente.

Eraud reconnaît au sublimé des vertus parasiticides très accusées, tandis que le nitrate d'argent aurait plutôt des qualités antiphlogistiques; les injections de sublimé amènent rapidement sinon la disparition des gonococcus, tout au moins une diminution considérable de leur nombre et de leurs dimensions. Quand un léger degré d'uréthrocystite, voire même de prostatite, vient compliquer l'uréthrite antérieure, des injections limitées à l'urèthre antérieur suffisent en général à amener la guérison de la maladie; dans les cas où les complications du côté de l'urèthre postérieur acquièrent une intensité marquée, il faudra recourir au lavage total de l'appareil uréthro-vésical, aux instillations des urèthres antérieur et postérieur. Les lavages vésicaux avec une solution de sublimé au 20,000e ont paru plus d'une fois d'une grande utilité dans le traitement des cystites blennorrhagiques. La production d'une épididymite ne modifie en rien les indi-

cations du traitement de la blennorrhagie uréthrale; celle ci paraît même céder, en pareil cas, plus rapidement au traitement.

Les lavages de l'urèthre antérieur avec la solution au 10,000° paraissent trop irritants.

M. Eraud pense qu'il y a grande utilité à associer l'usage des opiats à la pratique des injections de sublimé ; l'un des médicaments combat l'inflammation, tandis que l'autre s'attaque plutôt au parasite.

Le docteur Loussot, dans une thèse récente (188·) inspirée par le professeur Galliot (de Brest) se montre enthousiaste du traitement par le sublimé; ce médecin recommande les lavages de l'urèthre faits avec une solution au 20,000° répétés matin et soir, en ayant soin d'introduire jusqu'au fond de l'urèthre antérieur une sonde n° 12 ou 13. Ce traitement se serait toujours montré d'une grande efficacité non seulement dans les cas où l'inflammation était limitée à l'urèthre antérieur, mais même quand elle avait gagné l'urèthre postérieur, la vessie, la prostate, le testicule. Le septième jour du traitement, l'écoulement avait généralement disparu; si l'on suspendait les lavages immédiatement, l'écoulement reparaissait après deux ou trois jours pour disparaître définitivement deux ou trois jours après que le traitement avait été repris de nouveau. Ce n'est que rarement qu'on vit la maladie se réveiller deux ou trois fois de suite après la cessation des lavages. La guerison ne peut du reste être considérée comme définitive tant qu'une sonde plongée dans le cul-de-sac du bulbe, parvint à en ramener une gouttelette de pus, résultat qui s'obtient presque toujours dans les quatre ou cinq jours qui suivent la disparition de l'écoulement.

Chez les malades traités avant le huitième jour de leur chaudepisse, la maladie s'arrête avant que l'urèthre postérieur soit envahi ; quand ce dernier est atteint, il faut y injecter, matin et soir, 8 grammes, c'est-à-dire une seringue ordinaire de solution au 20,000° en ayant soin de faire, avant cette petite opération, un lavage complet de l'urèthre antérieur.

L'addition d'une orchite a paru plutôt diminuer la durée de la maladie.

La prostatite prolonge souvent la durée de la chaudepisse, facilite les récidives, mais ne contre-indique en aucune façon les lavages.

Les cystites ont été souvent amendées par l'injection de deux ou trois seringues de solution au 10,000° ou au 20,000°.

Les opérations, pratiquées dans l'urèthre postérieur, sont absolument sans inconvénient pourvu qu'on ait soin de s'entourer des précautions de l'antisepsie.

Diday pense que les injections de sublimé pourraient constituer un véritable traitement abortif : un malade, qui eut le courage de faire, d'après ses conseils, l'injection recommandée par C. Paul toutes les deux heures pendant trente-six heures fut payé de sa peine par une guérison immédiate et complète (*Lyon médical*, LII, 562). Dans ces derniers temps, M. Lavaux a cru pouvoir obtenir la guérison rapide de la maladie en faisant passer dans l'urèthre des quantités abondantes d'une solution étendue de sublimé au moyen d'un ingénieux appareil de son invention : les quelques essais que nous avons faits de sa méthode de traitement ne nous permettent pas encore d'en juger absolument l'efficacité.

(*A suivre.*)

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

A la suite du Congrès pour l'étude de la tuberculose, le président, M. A. Chauveau, a adressé à M. le Président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur, la lettre suivante, qui renferme les vœux formulés à diverses reprises par les membres du Congrès :

Monsieur le Président du Conseil,

Vous avez bien voulu vous faire représenter auprès du Congrès pour l'étude de la tuberculose par M. le directeur de l'Assistance publique. Le Congrès vous en a été très reconnaissant et m'a chargé de vous transmettre tous ses remerciements. Il m'a donné également la mission de vous adresser les résolutions votées par le Congrès dans la dernière séance. Ces résolutions résument les divers desiderata qui se sont produits au cours des discussions, et auxquels il ne peut être donné satisfaction que par les pouvoirs publics.

Elles ne concernent pas seulement la France, mais elles tendent encore à améliorer l'hygiène publique dans tous les pays du monde, dont les représentants à notre Congrès ont sanctionné par leur vote unanime les vœux exprimés dans ces diverses propositions.

L'une d'elles, la première, est déjà réalisée en France depuis quelques jours. C'est un bon exemple, qui ne tardera pas à être suivi par les autres nations.

Les voici toutes, dans l'ordre où elles ont été votées par le Congrès :

1° Il y a lieu d'inscrire la tuberculose dans les lois sanitaires de tous les pays du monde, parmi les maladies contagieuses nécessitant des mesures prophylactiques spéciales, tombant sous le coup des lois et règlements sur la police sanitaire des animaux;

2° Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux;

3° Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer à l'homme;

4° Il y a lieu de rédiger des instructions simples, qu'on répandrait à profusion dans les villes et dans les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait — et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachats, linges, literie, etc. des tuberculeux;

5° Il y a lieu de placer dans les attributions des Conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme : à la vaccine, la morve, la rage, le charbon, la tuberculose, peuvent en effet s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes, exigeant une protection également commune;

6° Le Comité permanent d'organisation du Congrès se tiendra à la disposition des divers gouvernements pour leur donner tous les renseignements propres à faciliter la réalisation des vœux exprimés dans les propositions ci-dessus.

Il me reste à ajouter, Monsieur le Président, que tous les délégués étrangers présents à nos réunions emportent des assises auxquelles ils ont assisté la meilleure impression. Ils ont multiplié et varié de toutes manières les témoignages de leur satisfaction. C'est un grand succès pour la France.

Je tiens beaucoup à vous rappeler qu'il est dû surtout aux efforts de M. le docteur L.-H. Petit, notre secrétaire général, auquel le Congrès a voté les plus chaleureux remerciements.

Veuillez agréer, etc.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887.)

13 juillet 1887. — M. D. MOLLIÈRE présente un malade atteint de *mal de Pott* qu'il a fait immobiliser dans un corset de parchemin. L'appareil est très léger, d'un prix très modique et soutient bien le tronc.

— M. ALLOMBERT présente des pièces anatomiques provenant d'un homme mort dans le service de M. D. Mollière. Il souffrait d'une tumeur de la rate et d'une autre de la région de l'aisselle. Sous l'influence de l'arsenic et des douches de vapeur, les tumeurs diminuèrent rapidement, mais la cachexie fit des progrès, et le malade mourut après avoir présenté une expectoration purulente abondante, une fièvre vive et des symptômes pulmonaires qui furent rattachés à une pneumonie chronique. On trouva le poumon droit en hépatisation grise, avec abcès dans le parenchyme; un sarcome de la rate avec kyste à sa partie moyenne; un foie envahi du côté gauche par la même dégénérescence.

M. MOLLIÈRE fait remarquer que la tumeur est un lympho-cysto-sarcome de la rate Le cas est surtout intéressant par les alternatives de rétrocession et d'apparition; des faits de ce genre ont été signalés par MM. Augagneur et Bergeron.

— M. E. BLANC lit un travail sur l'*action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus*. Ses recherches ont porté sur près de 100 femmes qui avaient accouché normalement et auxquelles on donna l'ergotine d'Yvon en injections sous-cutanées. D'après l'auteur, l'ergotine n'a aucune action sur l'involution utérine, et, de plus, elle rend les involutions rapides incontestablement moins fréquentes.

20 juillet. — M. RAYMOND présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Clément. Il s'agit d'une *tumeur de la plèvre médiastine et diaphragmatique*, avec épanchement considérable. On remarque de petites nodosités et des suffusions sanguines et le tout doit dépendre d'un carcinome aigu. Il n'y a jamais rien eu du côté de l'œsophage.

— M. ICARD tient à mentionner les résultats que lui a donnés le salicylate de soude dans un cas de *prurit cutané*. Il s'agit d'une malade âgée de 44 ans, à antécédents rhumatismaux et syphilitiques, mais n'ayant ni sucre ni albumine dans les urines. Elle fut atteinte autrefois d'un ulcère de l'estomac, aujourd'hui guéri. Elle était donc dans un bon état de santé lorsqu'elle fut prise, sans cause appréciable, d'un prurit généralisé, sans éruption cutanée.

Tour à tour l'arsenic, le bromure de potassium, l'atropine, les bains sulfureux, alcalins, émollients, etc., furent essayés, mais sans aucun résultat. M. Icard eut recours alors au salicylate de soude, à raison de 3 grammes par jour. Le prurit, qui durait déjà depuis huit ou neuf mois, disparut le surlendemain et la guérison s'est maintenue depuis.

M. MOLLIÈRE admet que la médicatiou pourrait être utile dans ces prurits sans éruption cutanée qui surviennent à la période ultime de la lymphadénie. Il a vu le même médicament faire disparaître des conjonctivites rhumatismales.

— M. CHARMEIL présente des pièces pathologiques provenant du service de M. le docteur Lépine.

1° Un cerveau provenant d'un malade atteint d'accidents rhumatismaux divers. La mort était survenue au milieu de phénomènes complexes : dyspnée presque insurmontable, accélération des efforts respiratoires et des mouvements du cœur, lividité et cyanose de la face, accès fébriles intenses et périodiques affectant le type tierce. L'acétanilide et la quinine restèrent inefficaces.

A l'autopsie, on trouva les poumons congestionnés, turgescents, avec quelques infarctus. Le cœur était hypertrophié; dans l'oreillette gauche, un caillot mou et relativement

volumineux était adhérent à la muqueuse inégale et dépolie. Cette masse, qui comblait en partie le calibre de la cavité avait déterminé la difficulté de l'hématose et les troubles du rythme cardiaque et de la respiration. M. Lépine pense, en outre, que la désagrégation partielle du caillot a pu infecter l'organisme. On a trouvé un petit foyer de ramollissement cérébral.

2° Un anévrysme de l'aorte ascendante traité par la méthode de Moore. La tumeur avait marché très rapidement, M. Lépine, après exploration par l'aiguille à acupuncture, insinua à travers la poche, à l'aide d'une canule aplatie enfoncée à une profondeur de 7 centimètres, un ressort de montre qu'il poussa par le centre et dont il chassa l'extrémité dans l'anévrysme au moyen d'un mandrin de forme appropriée. Après une courte période d'amélioration, un nouvel accroissement se produit sur la partie externe où l'on introduisit un deuxième ressort. Une infiltration sanguine se produisit sous le grand pectoral, quelques gouttes de pus se formèrent au niveau de la deuxième piqûre, et le malade mourut, après un frisson violent, six jours après la dernière intervention.

A l'autopsie, on trouve que les fibres du grand pectoral et la peau séparaient seules la cavité de l'extérieur. Les ressorts de montre étaient enveloppés de caillots actifs stratifiés.

— M. Lépine insiste sur le changement qu'il a apporté dans son manuel opératoire, en adoptant l'usage d'une longue canule aplatie qui permet de pénétrer profondément et presque sans danger dans la cavité anévrysmale. Le malade est mort uniquement de *cachexie anévrysmale*.

— M. Rodet présente à la Société des colonies des bacilles d'Eberth obtenus en ensemençant la gélatine avec de l'eau de deux provenances différentes. Les bacilles présentent tous les caractères signalés par Chantemesse. Ils se colorent facilement, mais se décolorent avec une égale facilité.

— M. le professeur Lépine et M. Aubert présentent les conclusions de leurs expériences sur l'absorption du salol. Le suc pancréatique et les microbes influent sur le dédoublement, mais la solubilisation du salol en est la principale condition.

12 octobre. — M. Garel présente un enfant de 12 ans, qui a le facies typique que donnent les végétations adénoïdes du pharynx nasal, quand elles sont un peu prononcées. Il est atteint de surdité bilatérale et prononce très difficilement. On trouve une dépression double du tympan, et, en passant le doigt en arrière du voile du palais, on sent sur la face postérieure du pharynx et sur la voûte une surface fongueuse, tomenteuse, bourgeonnante, qui constitue la végétation adénoïde.

M. Garel préconise l'arrachement avec les pinces Lœvenberg.

M. Lannois demande si l'enfant n'a pas de suppuration de l'oreille. Très souvent la végétation amène une otite moyenne qui aboutit à la perforation du tympan.

M. Augagneur fait remarquer combien ce malade est semblable au portrait tracé par Chassaignac des enfants atteints d'hypertrophie des amygdales. La description de cet auteur s'applique à la végétation adénoïde. Si l'on se contente d'enlever les amygdales, le malade ne guérit pas et garde son aspect particulier. Le raclage des végétations doit précéder l'excision des amygdales et, le plus souvent, la rend inutile.

— M. Gangolphe présente une observation de *tuberculose perforante du crâne*. La pièce provient d'une enfant ayant succombé à une méningite tuberculeuse quelque temps après avoir subi une résection de la hanche. La lésion crânienne consiste en un tubercule perforant du pariétal, ayant une longueur de 2 centimètres 1/2 sur une largeur moitié moindre. Il n'y a, autour de la perforation, aucune trace de réaction osseuse, pas de tuméfaction, ce qui explique l'absence de compression cérébrale. Cette absence de réaction est caractéristique de la tuberculose crânienne, et permet de la différencier aisément de la syphilis, toujours accompagnée d'hyperostose. Ces tubercules siègent presque exclusivement à la partie postérieure du crâne, dans la région pariéto-occipitale. Ils déterminent un séquestre placé sur la face externe de l'os, et plus étendu que la perforation de la table externe. On a rarement à intervenir, car il n'y a presque

jamais de symptôme révélant l'existence de l'affection. Si l'on était amené à une opération, l'ablation du séquestre exigerait l'application d'une ou plusieurs couronnes de trépan pour rendre suffisante l'ouverture de la table externe.

M. Potel a vu un tubercule de ce genre chez un phthisique; mais, malgré l'absence d'hyperostose, il avait déterminé une hémiplégie. La dure-mère était le siège d'un dépôt caséeux absolument analogue à ceux que l'on trouve dans la pachyméningite du mal de Pott.

19 octobre. — M. Gangolphe présente un malade de son service, un homme de 47 ans, à qui il a fait la résection de la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur pour un épithélioma de cet os.

Il a pris la voie extra-buccale pour arriver peu à peu sur la tumeur et avoir le moins de sang possible. Le néoplasme occupait la symphyse maxillaire. Se trouvant obligé de détacher les insertions osseuses des génio-glosses, et pour éviter la suffocation qui aurait pu résulter alors de la chute naturelle de la langue dans le pharynx, il a dû retenir la langue par un fil d'argent passé dans son épaisseur et confié à un aide.

M. Gangolphe fait encore remarquer l'état de santé relativement satisfaisant dans lequel se trouve actuellement le malade.

— M. Bergeon fait une communication détaillée sur sa *méthode des lavements gazeux.* Il présente l'appareil de M. Vlasto, qui, pour lui, est le meilleur de tous. M. Bergeon a vu, nombre de fois, le périmètre thoracique s'accroître sous l'influence des lavements gazeux. L'amélioration ne disparaît pas après le traitement, mais persiste. L'auteur insiste encore sur les heureux effets obtenus dans la coqueluche par l'emploi de sa méthode; il faut employer le sulfure de carbone avec l'acide carbonique. Il donne deux lavements par vingt-quatre heures; le premier à jeun et le second, à cinq heures du soir, avant le dîner.

Quant au reproche fait à la méthode de supprimer la fonction glycogénique du foie, les auteurs qui ont signalé ce fait se sont servis de substances toxiques ou irritantes qui ne paraissent pas utilisables dans la thérapeutique des lavements gazeux.

M. Bianchi demande à M. Bergeon s'il n'a pas observé de troubles du côté du foie par l'administration des lavements gazeux. En effet, deux expérimentateurs de Bordeaux ont signalé au Congrès de Toulouse des accidents de cette nature sur des animaux auxquels ils avaient donné des lavements d'acide carbonique chargé de vapeurs d'acide sulfureux.

M. Bergeon répond qu'il survient facilement des accidents, non seulement du côté du foie, mais aussi du côté de l'intestin, si on se sert de substances irritantes ou corrosives: il a signalé depuis longtemps ces accidents chez les animaux : c'est ce qui lui a fait rejeter jusqu'à présent de la thérapeutique humaine toute autre substance que les gaz extraits des eaux minérales ou les vapeurs sulfo-carbonées. Ces deux substances sont à coup sûr inoffensives.

M. Bergeon présentera prochainement à la Société une nouvelle substance qu'il étudie depuis quelque temps et qui lui a paru donner de bons résultats.

M. Weill demande à M. Bergeon à quelle dose on peut employer le sulfure de carbone.

M. Bergeon répond en rappelant l'accident survenu à M. Constantin Paul au mois de décembre 1886, accident qui n'a pas eu de conséquence.

— M. Monnoyer donne une nouvelle méthode pour connaître le degré de myopie et d'hypermétropie. Il démontre géométriquement la position des images que l'on observe dans la rétinoscopie ou pupilloscopie, kératoscopie, leurs rapports entre elles avec l'objet, avec l'observation; leur relation en grandeur, leur déploiement en mouvement.

A l'aide de formules qui établissent les rapports des images entre elles et avec la pupille, on peut avoir l'état d'un œil.

M. Don demande si l'image que l'on observe à la hauteur de la pupille est bien située

en ce lieu ou bien si, au contraire, elle se fait sur la rétine. M. Dor ajoute qu'il lui semble nécessaire, pour que le procédé soit exact, que la pupille ait, au moment de l'examen, des dimensions toujours les mêmes, ce qui peut être obtenu avec l'atropine.

M. Monoyer confirme cette même opinion et, relativement à l'image, il répond qu'elle se fait bien sur la rétine même, et non point sur la pupille. — P. C.

VARIÉTÉS

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR

Nous empruntons les détails suivants au *Bulletin Médical* :

Pendant le mois de juillet dernier, 111 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

26 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;
71 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
14 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes mortes de rage dans le cours du traitement.

Mme Sarazin (Julie), de Saint-Maurice (Suisse), 44 ans, mordue le 1er juillet 1888. Région temporale droite : deux fortes morsures. Une autre morsure, siégeant plus haut sur le crâne, soulève la peau sur une étendue de 6 centimètres en longueur sur 5 centimètres de largeur ; le lambeau ainsi séparé est sphacélé ; il fallut l'exciser le 8 juillet. L'os est à nu. Les blessures ont été pansées à l'acide phénique. Au poignet droit, deux morsures ayant saigné, ces deux morsures ont été cautérisées au crayon de nitrate d'argent.

La tête du chien mordeur a été remise au laboratoire, le 6 juillet, avec la matière nerveuse ; on a inoculé un cobaye dans la chambre antérieure de l'œil, et deux cobayes sous la peau. Le premier a été pris de rage le 18 juillet. Les deux autres le 27 juillet. Mme Sarasin a été mise en traitement le 4 juillet. Le 24 juillet, elle est énervée, et son attitude est changée. Le 25, elle éprouve des palpitations de cœur et des douleurs à la tête. Le 26 et le 27, elle a des vertiges, des maux de tête et des envies de vomir. Le 31 juillet, oppression et vomissements, etc.

La malade meurt à l'hôpital Broussais, dans la nuit du 3 au 4 août.

Le bulbe est inoculé par trépanation à deux lapins qui sont pris de rage le 18 août, 14 jours après l'inoculation.

Guers (Joseph), 27 ans, de Chelles (Seine-et-Marne). Mordu le 13 juillet 1881, à la lèvre supérieure, côté gauche. Quatre morsures, dont l'une très forte, à l'union de la peau et de la muqueuse; trois autres pénétrantes, au-dessus de celle-ci, ont beaucoup saigné; elles ont été lavées à l'eau phéniquée, quatre heures après. La tête du chien mordeur a été remise au laboratoire le 16 juillet. Un cobaye inoculé dans la chambre antérieure de l'œil a été pris de rage le 3 août.

Guers a été en traitement le 16 juillet. Dans les derniers jours de juillet, la famille de Guers remarqua en lui un changement profond ; il est triste, il a des maux de tête, et fréquemment il se frotte la lèvre mordue avec les mains. Le 5 août, il vomit, se plaint de douleurs à la tête. Le 6 août, hydrophobie et excitation. Le 7 août, il est transporté à l'hôpital Necker; il présente une rage convulsive caractéristique ; il est mort le 8 août.

Labeaume (Ferdinand), 37 ans, ouvrier agricole de Chatenay (Seine). Mordu le 29 mai, par un chat inconnu, dans la pulpe de la deuxième phalange du médius droit, deux morsures fortes ; Labeaume ne pouvait pas faire lâcher prise au chat qui a été tué aussitôt. Ces morsures ont saigné ; elles sont profondes. Elles n'ont pas été cautérisées.

Le chat mordeur est apporté au laboratoire : avec sa matière du bulbe, on inocule un cobaye dans la chambre antérieure de l'œil ; ce cobaye est pris de rage 12 jours après.

Labeaume, mis en traitement le 30 mai, quitte l'Institut, le 2 juin, sans prévenir. Il revient le 14 juin, parce qu'il éprouve de vives douleurs dans le bras mordu, et qu'il a des maux de tête. On reprend les inoculations, mais malgré elles, Labeaume continue à souffrir dans le bras mordu et dans la tête. Les élancements partent de la blessure ; il n'a pas de sommeil, son attitude est modifiée, il écrit sans cesse des notes sur ce qu'il ressent. Il part le 29 juin, et on apprend qu'il a succombé à la rage convulsive dans les premiers jours de juillet, à l'hôpital de Versailles.

Personnes traitées mortes de rage.

Villemain (Pierre), 31 mois, Marseille, mordu le 9 mai : 1° à la lèvre supérieure, sur la muqueuse, une morsure ; 2° à la lèvre inférieure, sur la muqueuse, une morsure ; 3° à la narine gauche, une morsure, la dent a pénétré dans la cavité nasale ; 4° à la joue gauche, deux morsures. Toutes ces blessures sont pénétrantes et ont saigné, elles ont été lavées à l'arnica un quart d'heure après. D'après les renseignements recueillis par le docteur Livon, le chien mordeur était enragé.

Villemain a été traité du 14 mai au 9 juin. Il serait mort de rage le 23 juin. Les accidents rabiques auraient commencé le 18 juin (neuf jours après la fin du traitement), par de l'anxiété, une difficulté pour boire et de l'insomnie. Les renseignements ont été recueillis près de la famille par le docteur Livon.

Ducos (Mathieu), 28 ans, mineur à Saint-Jean-Bonnefond (Loire), mordu le 16 juin 1888 par un chat à l'extrémité de l'annulaire droit, dans la pulpe et en arrière de l'ongle, trois morsures ayant saigné : elles ont été cautérisées à l'alcali une heure après. Le chat a été reconnu enragé par un vétérinaire. Ducos a été traité du 20 juin au 7 juillet. Le 16 juillet, après avoir été exposé à la pluie, il ressent de l'engourdissement dans le bras mordu. Les douleurs sont surtout vives au niveau du poignet et du deltoïde. Le malaise général augmente dans la nuit du 19 au 20, après avoir éprouvé une rémission le 19. Entré à l'hôpital de Saint-Etienne, le 20 juillet, on observe de la gêne respiratoire, le bras est toujours engourdi, sa force musculaire est affaiblie. La sensibilité est normale, hydrophobie, aérophobie, crises de fureur, hallucinations, sputation. Mort le 3 juillet. (Observation du docteur Cénas et de M. Perret, interne du service).

Des lapins inoculés par trépanation avec le bulbe de Ducos sont pris de rage le 16e jour.

Mesnil (Lucien), 44 ans, de Châtenay (Seine), mordu le 25 mars 1888, par un chat, à l'index droit qui porte sept morsures, dont cinq profondes. Elles ont été cautérisées au fer rouge six heures et demie après par un médecin. Le chat mordeur appartenait à Mesnil, il ne mangeait plus depuis le 22, se jetait sur les chiens et les volailles. A l'autopsie, l'estomac contenait de la paille.

Mesnil a été traité du 26 mars au 12 avril.

Dans le mois de juillet, douleurs au niveau des morsures.

Le 24 juillet, engourdissement dans le bras mordu et dans le bras sain, avec sensation de froid. Le 26 juillet, insomnie, malaise général. Le 27, gêne de la respiration, difficulté d'avaler. Le 28, hydrophobie et spasmes respiratoires, agitation. Mort le 30 juillet. Soigné par le docteur Dauzats.

FORMULAIRE

Poudre emménagogue. — Potain.

Feuille d'armoise pulv...........................	2 gr. 50 cent.
Millefeuille pulv................................	2 gr. 50 cent.
Safran pulv......................................	1 gr. 25 cent.

Mêlez et divisez en 5 paquets. — Un paquet chaque jour, pendant les 5 jours qui précèdent l'arrivée probable des règles. — Cataplasmes chauds sur le bas-ventre, sinapismes sur les membres inférieurs. — Si l'aménorrhée est liée à la chlorose, on prescrit pour le reste du mois le vin de quinquina et le fer. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La pharmacie en Russie. — On vient de mettre en vigueur en Russie un ukase impérial, qui autorise les femmes russes à pratiquer la pharmacie, à condition de se soumettre aux mêmes examens et formalités que les hommes. Il s'y trouve un paragraphe qui nous paraît bien enfantin, aux sujets de la défense faite aux pharmaciens de prendre une femme comme élève dans le cas où ils auraient déjà chez eux un jeune homme dans les mêmes conditions. A ce propos, un rédacteur du « *Pharmaceutische Zeitung* », de Berlin, relève plaisamment que l'ukase ne dit pas « s'il est défendu à un pharmacien *célibataire* de prendre chez lui une jeune fille comme élève. »

(*Arch. de méd. et de chir. prat.*).

Hommage aux médecins de l'empereur du Brésil. — La Chambre municipale de Rio-de-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un présent au docteur Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

Docteurs en médecine reçus par les universités allemandes pendant l'année scolaire 1886-1887. — Les vingt Universités allemandes (il ne s'agit que de l'empire allemand) ont reçu, en 1886-87, 847 docteurs en médecine. L'année précédente (1885-86) elles avaient délivré 6*9 diplômes. En France, les six Facultés de médecine avaient reçu 546 docteurs en 1885-86 et 624 en 1886-87.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — *Internat en pharmacie.* — Les examens des concours entre les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris viennent d'être terminés. Le jury a décerné les récompenses suivantes :

Médaille d'or : M. Guerbet, interne à l'hôpital de la Charité ; M. Boutron, interne à l'hôpital La Rochefoucauld ; M. Glaise, interne à l'Hôtel-Dieu.

Des médailles de bronze, récompenses des années de servi es rendus dans les hôpitaux, ont été décernées aux internes dont les noms suivent : M. Guerbet, à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Maudin interne à l'hôpital Andral M. Chouy, interne à la Maternité; M. Dufour, interne à la Maternité; M. Rochard, interne à l'hôpital Lariboisière ; M. Cavaillès, interne à l'hôpital Saint-Louis; M. Macquaire, interne a l'hôpital des Incurables.

Inspection des garnis. — M. le docteur Roussy (Baptiste), inspecteur suppléant du service sanitaire des garnis, est nommé inspecteur.

— MM. les docteurs Carles (d'Auterive) ; Desclaux (de Tonneins) ; Spon (de Lyon) ; Decarpentries (de Croix) ; Gaillard (de Bourganeuf) ; Pion (de Poitiers) ; Roquancourt, médecin militaire, mort au Tonkin ; Bernard, médecin militaire, mort à bord à son retour du Tonkin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Traitement antiseptique de la blennorrhagie (1).

Vous voyez, Messieurs, combien sont heureux les résultats que certains auteurs ont pu obtenir par les injections antiseptiques, en particulier par les lavages et les injections de sublimé. Je dois avouer, pour ma part, que bien souvent ces dernières ne m'ont pas donné des succès aussi brillants que ceux qui leur ont été rapportés par les médecins dont je viens de vous citer l'opinion. Habituellement les injections de sublimé, après avoir amené une diminution rapide de l'abondance de l'écoulement et une modification marquée de sa nature, ont paru avoir épuisé tout leur effet utile et être incapables de conduire le malade à une guérison complète. Je ne serai pas aussi dur pour la méthode que le docteur Eraud, dont je vous citais tantôt les conclusions si encourageantes, ce qui ne l'empêche pas d'écrire chemin faisant : « L'écoulement, toujours amoindri, n'est jamais tari d'une façon complète. (Th. citée, p. 55.) »

La guérison peut être complète ; mais j'ai vu, chez la plupart des malades, l'amélioration s'arrêter alors que l'écoulement était devenu séro-muqueux et peu abondant; et le traitement, malgré sa prolongation, n'amenait plus aucun amendement; l'état de demi-guérison se maintenait indéfiniment et l'écoulement reprenait son abondance le jour où on cessait les injections. Je suis donc en accord complet avec le docteur Eraud sur l'insuffisance ordinaire des injections de sublimé employées seules et sur la nécessité de terminer la médication par l'emploi des balsamiques ou des injections astringentes.

Pour M. Eraud, l'insuffisance des injections de sublimé provient de ce fait que le médicament manque de propriétés antiphlogistiques et n'agit aucunement sur l'inflammation après qu'il a détruit le microbe causal; le remède à cette insuffisance est la substitution des antiphlogistiques aux antiseptiques quand ceux-ci ont produit leur effet.

Loin de moi la pensée de combattre l'ingénieuse théorie de M. Eraud, quand il oppose les propriétés antiphlogistiques du médicament à ses vertus parasiticides, mais je crois que la persistance d'un léger degré d'inflammation après une amélioration notable de l'écoulement est plus d'une fois la conséquence des propriétés irritantes très accusées de la plupart

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 28, 30 août et 11 septembre 1888.

des antiseptiques. Les injections d'acide phénique, de permanganate de potasse, de sublimé, etc., sont toujours douloureuses malgré l'état de dilution auquel on les emploie et d'assez nombreux malades ne peuvent les supporter; chez presque tous les blennorrhagiques, elles paraissent, à un moment donné, entretenir pour leur propre compte un certain degré d'inflammation, de congestion et d'irritation de la muqueuse; et si l'on voyait quelquefois avec les anciens traitements des écoulements entretenus par les injections astringentes, on peut voir fréquemment aujourd'hui des irritations du canal dues à l'emploi des injections parasiticides insuffisamment surveillées.

Il y a donc, pour moi, autre chose à faire que de substituer, à un moment donné, les antiphlogistiques aux antiseptiques; l'objectif de nos recherches doit être de trouver un médicament qui, tout en ayant des propriétés antiseptiques accusées, soit le moins possible irritant.

Le médicament, qui me paraît jusqu'à ce jour remplir le plus complètement ces conditions, c'est la résorcine, et c'est pour cette raison que vous nous voyez ici lui donner la préférence sur tous les antiseptiques dont je vous ai parlé jusqu'à présent.

Découverte en 1860 par Klassivetz et Barth (de Vienne), qui l'obtinrent en traitant le galbanum par la potasse, la résorcine fut introduite dans la thérapeutique médicale par Andeers (de Wurtzbourg); en France, ses propriétés ont été surtout mises en lumière par Dujardin-Beaumetz et son élève Callias; par Desnos et son élève Péradon; douée de vertus antipyrétiques fort discutables, elle possède des propriétés antiseptiques très intenses, ce qu'explique sa constitution chimique, puisqu'elle n'est qu'un phénol diatomique.

La résorcine pure est neutre, elle doit rester sans action sur le papier ou la teinture de tournesol; sa solution aqueuse, mise au contact de l'air et de la lumière, se colore en blond, puis prend une teinte brunâtre. Sa saveur est douceâtre, désagréable, à la fois amère et sucrée.

Elle se colore en violet foncé par le perchlorure de fer; cette réaction très accusée permet facilement d'en reconnaître la présence.

Munnich (d'Amsterdam) est le premier qui ait utilisé la résorcine dans le traitement de la blennorrhagie; en employant une solution à 3 p. 100, il a vu 67 fois, sur 108 cas, la sécrétion devenir minime après 7 jours de traitement et se tarir complètement avant le quatorzième.

Letzel (*Centralblatt,* 1885, 928) déclare avoir aussi obtenu d'excellents résultats dans nombre d'écoulements aigus et chroniques; dans les cas aigus, ce médecin emploie des solutions de 2 1/2 à 3 p. 100; dans les cas chroniques, des solutions à 4 p. 100. La durée du traitement a été en moyenne, dans les cas aigus, de 12 jours; dans les cas chroniques, de 14 à 32 jours. L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à n'employer qu'une solution limpide de résorcine chimiquement pure qui, à cause de sa grande altérabilité, doit être conservée dans un flacon noir, hermétiquement fermé.

C'est après la lecture du travail de Letzel que nous avons commencé, avec mon interne, M. Crivelli, à expérimenter la valeur de la résorcine dans le traitement de la blennorrhagie; c'est donc une opinion basée sur trois années d'études que je vais vous communiquer.

La résorcine me paraît le plus inoffensif, le mieux toléré de tous les antiseptiques recommandés jusqu'à ce jour.

Tandis que la plupart des injections antiseptiques éveillent des sensations douloureuses dans le canal au moment où elles sont pratiquées, entretiennent ou même provoquent un certain degré d'inflammation uréthrale, l'injection de résorcine est absolument indolore, aussi indolore que le serait une injection d'eau pure; elle ne provoque aucune réaction inflammatoire. C'est tout à fait exceptionnellement que nous avons vu quelques malades se plaindre de souffrir en faisant l'injection; après avoir soumis des centaines de blennorrhagiques à ce mode de traitement, je n'ai été obligé que dans quelques cas tout à fait rares de suspendre les injections à cause des douleurs qu'elles provoquaient, ce qui m'arrivait couramment avec les autres médications antiseptiques. Innocuité absolue de l'injection, voilà pour moi une qualité capitale de la résorcine.

L'action bienfaisante du médicament est, chez nombre de malades, des plus manifestes dans les blennorrhagies aiguës. Munnich prétendait guérir les chaudepisses en 14 jours, Letzel en 12 jours; il ne faut pas vous attendre absolument à obtenir toujours des résultats aussi brillants; l'action du médicament varie beaucoup avec la période de la blennorrhagie aiguë à laquelle vous commencez le traitement. Si vous avez la chance d'avoir affaire à un malade qui ait suivi pendant quinze jours ou trois semaines les prescriptions du traitement dit antiphlogistique, qui ait usé pendant ce temps des bains et des boissons délayantes, les résultats seront souvent frappants quand même la maladie ne serait pas encore arrivée à cette période décroissante où l'écoulement est déjà devenu moins abondant et moins vert, où les phénomènes congestifs et les douleurs sont déjà atténués; à la suite des injections, les douleurs diminuent très vite, l'écoulement devient rare, muqueux, visqueux, et peut même disparaître définitivement en quelques jours sous l'influence des seules injections de résorcine; la guérison est tout au moins sensiblement accélérée.

Si le malade soumis au traitement n'en est qu'au deuxième ou troisième jour de sa blennorrhagie; s'il est, en un mot, tout à fait au commencement de la période franchement aiguë, les résultats heureux seront habituellement aussi fort sensibles; l'écoulement reste très peu abondant, les douleurs se limitent dans des proportions très supportables et souvent, après dix à quinze jours de traitement, les phénomènes inflammatoires sont suffisamment amendés pour que le traitement antiphlogistique puisse être institué avec grandes chances de succès.

Quand le traitement est institué vers le huitième, le dixième jour de la maladie, les résultats sont en général bien moins favorables et l'efficacité du médicament paraît beaucoup moindre; dans les premiers jours de la médication, c'est à peine si vous observez une diminution légère de l'écoulement sans changement de ses qualités; l'injection de la muqueuse et les douleurs ne sont que lentement améliorées. Il semble (pour expliquer l'action du médicament en tenant compte de nos connaissances actuelles sur la nature parasitaire de la blennorrhagie) que la résorcine agisse activement sur le gonococcus, quand celui-ci commence à se développer ou quand, ayant parcouru les phases principales de son existence, il approche de son déclin; et l'action particulièrement utile du médicament aux deux phases extrêmes de la blennorrhagie trouve sa raison dans la vitalité moindre du parasite aux deux périodes extrêmes de son existence; tout au contraire, vers le huitième, le dixième jour de la blennorrhagie, le

gonococcus, en complet développement et en pleine splendeur, résiste mieux aux parasiticides.

Quand vous employez la résorcine dans le traitement de la blennorrhagie, ses résultats heureux peuvent donc se produire dans des limites et avec une rapidité fort variables : quelques malades vous reviendront, après quelques jours de médication, complètement guéris, plus de douleurs, plus d'injection de la muqueuse, plus de suintement de quelque nature qu'il puisse être, une sécheresse absolue du canal; à ceux-là, vous pourrez conseiller de continuer quelques jours encore les injections, et par ce seul traitement la guérison sera souvent définitive.

Le plus souvent, les blennorrhagiques vous reviendront améliorés, mais non guéris; toujours, ou bien peu s'en faut, vous constaterez une certaine diminution de l'écoulement; mais sa nature et son abondance différeront suivant les malades; chez celui-ci, il y aura encore production de pus et rougeur de la muqueuse; chez celui-là, l'écoulement sera devenu rare et muqueux, visqueux, d'apparence gommeuse; chez un autre, il restera à peine un peu d'humidité du canal; votre conduite devra varier avec chacun de ces états. Au premier malade, conseillez la continuation des injections, et rien que les injections, jusqu'au jour où il sera entré dans la seconde ou la troisième catégorie; au dernier, conseillez d'associer les balsamiques aux injections, et souvent, en peu de jours, la guérison sera complétée. Quant aux malades dont l'écoulement est devenu muqueux tout en restant abondant, guidez-vous pour prendre pour eux une décision sur l'état de leur muqueuse uréthrale; si celle-ci est encore rouge, tuméfiée, manifestement enflammée, restez-en, comme pour celui qui suppure, aux seules injections; si, au contraire, les phénomènes objectifs d'inflammation de la muqueuse sont tombés, commencez l'emploi des balsamiques, et, dans les cas où vous serez embarrassés, où vous hésiterez, sachez attendre et différez l'emploi de la médication interne, car il vaut beaucoup mieux prolonger pendant quelques jours de trop la seule médication par la résorcine que de recourir trop tôt aux balsamiques.

Vous voyez, Messieurs, par ce que je viens de vous dire, que, dans l'immense majorité des cas, il sera bon de ne pas poursuivre la guérison de la blennorrhagie par les seules injections de résorcine, et qu'il sera utile, à un moment donné, de lui associer ou de lui substituer l'emploi des balsamiques; parfois même, chez quelques malades, vous vous trouverez bien de terminer la cure par quelques injections astringentes, comme le recommande le docteur Eraud pour les injections de sublimé. Ce n'est pas que vous ne puissiez, dans la plupart des cas, arriver à la guérison complète par l'emploi de la seule résorcine; mais vous arriverez beaucoup plus vite au résultat poursuivi en lui associant ou en lui substituant, à un moment donné, les balsamiques; et surtout vous diminuerez, en agissant ainsi, les chances de récidive et les réveils de la maladie.

Avec la plupart des injections antiseptiques, acide phénique, permanganate de potasse, sublimé, la substitution des injections astringentes et des balsamiques à ces médicaments est chose souvent nécessaire, parce que ces produits profondément irritants peuvent entretenir pour leur propre compte un certain degré d'irritation; avec la résorcine, qui n'est pas irritante, c'est simplement une mesure utile pour accélérer et consolider la guérison, mais c'est une mesure très utile.

Après l'éloge que je viens de vous faire de la résorcine, vous vous

demandez sans doute si cette médication n'a point aussi ses inconvénients, ou tout au moins ses imperfections. Il n'y a pas, prétend-on, de médaille sans revers, et si le traitement de la blennorrhagie par la résorcine est, comme je le crois, une médication absolument inoffensive, presque constamment utile, elle n'est pas sans avoir quelques inconvénients que je vais actuellement vous signaler.

La solution de résorcine est une composition instable, facilement altérable; mais l'altérabilité du médicament n'est pas telle qu'elle doive en empêcher l'emploi; en ayant soin de ne point faire préparer à la fois de grandes quantités de solution, en n'en préparant qu'une centaine de grammes et les renfermant dans des flacons de verre foncé, vous aurez un médicament de qualité toujours suffisante pour compter sur les bons résultats de la médication, surtout si le malade a soin de ranger son flacon dans un endroit obscur.

Le plus grand reproche que je fais à cette médication, le plus grand inconvénient que je lui trouve, c'est que la résorcine n'est pas un médicament courant; elle manque dans un assez grand nombre d'officines; et vos clients seront exposés, s'ils vivent en dehors des grandes villes, à ne pas toujours pouvoir suivre facilement vos prescriptions, quand vous leur ordonnerez la résorcine.

Par ce que je viens de vous dire vous voyez, Messieurs, que je suis partisan de la médication antiseptique dans le traitement de la blennorrhagie. Après avoir essayé la plupart des antiseptiques successivement prônés, je donne, pour le moment, la préférence à la résorcine pour cette raison qu'en étant tout aussi antiseptique que les autres médicaments recommandés contre la blennorrhagie, elle est beaucoup moins irritante, qualité fondamentale pour moi. J'aurais pu vous parler encore des tentatives que j'ai faites avec l'acide fluorhydrique à 1 pour 1,000, pour 2,000; avec le naphtol. Mais l'un et l'autre ne m'ont jusqu'ici donné aucun résultat encourageant; le premier même possède à un haut degré ce pouvoir irritant, qui me paraît être un grand défaut pour un antiseptique uréthral.

S'il me fallait résumer en quelques mots mon opinion actuelle sur la valeur de l'antisepsie dans le traitement de la blennorrhagie, voici les conclusions auxquelles j'arriverais :

Toujours l'antisepsie a pour résultat de maintenir l'urèthre en cet état d'asepsie que la médecine moderne cherche à obtenir dans toute cavité qui suppure comme une condition favorable à la guérison de la suppuration. Dans un certain nombre de cas, le traitement antiseptique amène une guérison remarquablement rapide.

Il est exceptionnel que l'antisepsie bien faite n'amène pas une chute plus prompte des accidents inflammatoires, une durée plus courte de la période aiguë, de cet état que Diday décrit sous le nom d'état irrépressible; elle avance généralement le moment où les balsamiques peuvent être employés avec succès, et abrège, par conséquent, la durée totale de la maladie.

L'antisepsie, faite de bonne heure, diminue les chances de propagation de la blennorrhagie dans l'urèthre postérieur et rend plus rares les complications vésicales, prostatiques et testiculaires.

Je crois, Messieurs, qu'on peut déclarer véritablement utile une médication qui, si elle n'arrive pas toujours à guérir vite et seule la blennor-

rhagie, abrège au moins dans nombre de cas la durée de la maladie et diminue les chances de complications.

Je crois qu'on peut, sans hésitation, adopter cette médication, car, à côté d'avantages manifestes dans nombre de cas, elle ne présente aucun danger, si l'on a soin, c'est une opinion personnelle que certains trouveront excessive, si l'on a soin d'éviter les solutions irritantes.

Mais malgré les progrès réels réalisés dans le traitement de la blennorrhagie grâce aux notions plus exactes que nous avons acquises sur sa nature, je ne crois pas que nous soyons encore près du moment où le médecin possédera un moyen sûr et rapide lui permettant de détruire à volonté le gonococcus dans l'urèthre. Quand je vois les oculistes, qui agissent à ciel ouvert, qui peuvent porter sans hésitation sur tel point qu'ils désirent des médicaments énergiques, éprouver tant de difficultés dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique, je crains que nous ne soyons longtemps encore avant de pouvoir atteindre à coup sûr le gonococcus dans l'urèthre, nous qui agissons en aveugles dans cette cavité profonde.

Voici donc, Messieurs, en terminant, comment je crois pouvoir aujourd'hui formuler le traitement de la blennorrhagie aiguë.

Dans quelques cas exceptionnels, tenter l'avortement de la blennorrhagie à ses débuts en pratiquant l'injection abortive au nitrate d'argent.

Pendant la période aiguë, assurer la propreté du canal et modérer l'intensité de l'inflammation en pratiquant des injections antiseptiques avec un antiseptique non irritant; la résorcine est le médicament qui me paraît réunir le plus complètement ces deux qualités.

Quand les phénomènes aigus d'inflammation se seront apaisés, recourir à la médication balsamique employée seule ou associée aux injections.

Mais quelle que soit la médication que vous ayez adoptée, rappelez-vous que le médecin vraiment fort dans le traitement de la blennorrhagie est celui qui sait ne pas s'obstiner, qui sait revenir en arrière, reprendre la médication antiphlogistique et laisser couler la blennorrhagie, lorsqu'il voit sa médication interne inefficace ou ses injections mal tolérées.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme, par le docteur Ch. Sabourin, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, F. Alcan, 1888.

Les travaux de M. Sabourin sur la structure et les lésions de la glande biliaire de l'homme sont de ceux qui font le plus d'honneur à l'Ecole anatomo-pathologique de Paris. L'anatomie du foie est étudiée dans ce livre avec les développements et la méthode que comporte et exige une étude générale. Pour l'anatomie pathologique, un grand nombre de figures sont consacrées aux lésions hépatiques systématisées. C'est une sorte d'atlas commenté, où le médecin trouvera en particulier la représentation microscopique de toutes les variétés de cirrhoses que l'examen à l'œil nu est impuissant à déterminer.

P. C.

Manuel de pathologie interne, par G. Dieulafoy. Nouvelle édition, revue et augmentée. Paris, G. Masson.

Nous n'avons rien de nouveau à dire du Manuel de M. Dieulafoy qui, depuis son apparition, instruit les jeunes générations médicales et rapprend aux anciennes ce qu'elles peuvent avoir oublié.

L'édition nouvelle a été complètement remaniée et mise au courant des travaux les plus récents. Nous signalerons tout particulièrement les chapitres consacrés aux maladies des reins, à l'exposé de l'hypnotisme et bien d'autres, véritables petits chefs-d'œuvre de clarté et d'enseignement scientifique.

Mais le livre doit être entre les mains de tous nos lecteurs et cela nous dispense d'insister plus longuement. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Leucocythémie et adénie chez une enfant de 4 ans. — Mort. — Autopsie, par M. Wacquez. (*Journ. des sciences médicales de Lille*, 1888, 23.) — Cette observation est intéressante surtout par les points suivants :

1° La proportion des globules blancs était considérable, 8 globules blancs pour 13 globules rouges.

2° L'affection présentée par la malade se rattache à la fois à la maladie de Bennett et Virchov, et à celle de Wilks, Trousseau et Hodgkin, puisqu'il y a eu à la fois augmentation de globules blancs, hypertrophie de la rate et du foie et hyperplasie de presque tous les ganglions lymphatiques : c'est à la fois une leucocythémie et une adénie.

3° Il faut signaler aussi une hypertrophie considérable du thymus.

4° Parmi les signes cliniques, on doit noter : la dyspnée intense qui a dû être, à la fois, amenée par la compression sur les conduits aériens des ganglions trachéo-bronchiques; — les épistaxis si fréquentes et une bosse sanguine du sourcil, — la cachexie extrême et la diathèse séreuse très abondante.

La température montait fréquemment à 40°, et cette ascension intermittente a plusieurs fois coïncidé avec une poussée dans l'hyperplasie ganglionnaire et viscérale. C'est là un exemple de la fièvre des néoplasmes. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté du docteur Lingrand (de Lille), à propos d'un appareil obstétrical;

2° Le compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Somme pendant 1887.

— M. Bénard (de Saint-Germain-en-Laye) lit un travail sur les règles à suivre pour éviter les inhumations prématurées. L'auteur trouve le délai de vingt-quatre heures imposé pour l'inhumation trop court; il pense qu'un délai de trente-six ou quarante-huit heures est plus compatible, tant avec le respect dû aux morts qu'avec la prudence nécessaire pour éviter d'enterrer des gens en état de mort apparente.

Si la vérification des décès se fait dans la plupart des grandes villes, elle n'est pas pratiquée ailleurs. C'est une lourde charge pour les communes qui n'ont pas pour cela de médecin spécial; aussi, les certificats sont-ils donnés par un médecin qui fort souvent n'a pas constaté *de visu* ce qu'il certifie. Il faut se rappeler que parfois le médecin vérificateur aurait 20 kilomètres à faire à la campagne pour aller constater le décès; aussi est-ce une formalité qu'on néglige le plus souvent.

Sur les champs de bataille, des inhumations précipitées ont souvent été faites; mais il est étrange de remarquer que c'est dans les hôpitaux qu'on a le plus constaté d'ensevelissements en état de mort apparente. On se l'explique quand on sait que pour ne pas effrayer les autres malades, on laisse fort peu séjourner les corps dans les salles.

Il est certains milieux où les vieillards et même les enfants sont considérés comme

de lourdes charges, et l'absence de vérification sérieuse des décès peut aider à cacher certains crimes et par conséquent encourager à les commettre.

La façon dont on a l'habitude de disposer les corps aussitôt après la mort présumée, c'est-à-dire l'exposition au froid, les liens mis autour du visage, etc., peuvent aider à transformer une mort apparente en une mort réelle; il faut donc entourer le corps d'une personne que l'on croit décédée des mêmes soins que pendant la vie, tant que cette mort n'a pas été bien et dûment constatée.

L'auteur émet les conclusions suivantes :

1° La décomposition cadavérique est le seul signe certain de la mort; le médecin ne doit pas délivrer de certificat avant qu'elle ait commencé à se produire.

2° Il y aurait avantage à créer des dépôts mortuaires où l'on pourrait facultativement transporter les cadavres présumés et attendre le commencement de la putréfaction sans inconvénients.

3° Il y a nécessité que les officiers de l'état civil fassent exécuter les prescriptions édictées par la loi. Les habitants doivent être instruits des dangers des inhumations précipitées, et des règlements destinés à y obvier. Ils seront informés que les pratiques habituelles en cas de mort récente exposent à transformer une mort apparente en une mort réelle.

4° Le médecin a seul qualité pour constater un décès et il ne doit pas être procédé à l'inhumation sans un certificat émanant de lui.

— M. Richelot lit un travail sur la nature infectieuse du tétanos : Dans les récentes discussions qui ont eu lieu à propos de la nature du tétanos, j'ai gardé le silence, parce que je n'avais pas d'argument personnel à apporter. Vers 1875, la plupart des chirurgiens français se montraient partisans de la théorie nerveuse, que semblaient appuyer le succès de quelques névrotomies, les expériences de Brown-Séquard et divers faits cliniques. Comme conséquence, on a pratiqué plusieurs fois l'amputation du membre blessé; on a détruit les cicatrices par le fer rouge.

Si toutes les irritations des nerfs sont capables de provoquer le tétanos, pourquoi cette maladie est-elle si rare, si exceptionnelle? Aussi quelques auteurs se sont-ils déclarés partisans d'une théorie humorale, c'est-à-dire cherchant la cause du tétanos dans une intoxication médullaire. Cette théorie a pour elle l'épidémicité plusieurs fois constatée du tétanos. Il est vrai de dire que souvent d'autres conditions étiologiques peuvent être invoquées pour rendre compte de cette épidémicité. Ainsi, pour l'épidémie de 1870, le froid et les causes dépressives qui existaient alors peuvent servir à expliquer les faits constatés.

Ma thèse d'agrégation, en 1875, défendait la première de ces théories, qui était celle généralement adoptée. Mais, dès cette époque, M. Verneuil invitait à de nouvelles recherches sur ce sujet.

Aujourd'hui, je suis converti, et je crois à la nature infectieuse du tétanos; je m'étonne même que les faits d'épidémie relatés n'aient pas modifié plus rapidement dans ce sens l'opinion courante. J'ai été tout récemment témoin de deux cas de tétanos bien faits pour entraîner la conviction. Les voici :

Louise L..., femme de 21 ans, leucorrhéique, s'est mariée en 1885 et est demeurée stérile; en 1887, elle entre une première fois à l'hôpital pour une perte de sang; là on lui pratique le grattage de la cavité utérine. Peu après elle y rentre une seconde fois avec le diagnostic de métrite chronique. Puis un spécialiste fait le diagnostic de double salpingite. Elle souffrait beaucoup, et, comme elle devait rester stérile, une intervention opératoire était indiquée.

Le 15 juin, à l'hôpital Tenon, je procédai à l'ablation des trompes et des ovaires avec l'aide du docteur Verchère et des internes du service. L'opération ne fut ni longue, ni laborieuse; je fis la toilette du péritoine avec quelques éponges, et je suturai la paroi abdominale.

Le 18, la malade allait très bien, et la guérison paraissait assurée. Mais, le 21, je trouvai la malade avec une violente douleur à la nuque, et ne pouvant pas écarter les mâchoires; le pouls était à 120. Puis le trismus s'accentua; il survint de l'opisthotonos,

des contractures généralisées, de la cyanose et la malade mourut avec une température de 42°. Je pourrais dire que cette femme est morte guérie, car la réunion était parfaite, et elle a été emportée par un accident que rien ne pouvait faire prévoir. Je mentionnerai en passant que, du 18 au 19 juin, on avait, dans l'hôpital, étalé du fumier non loin des bâtiments; cela pourrait être intéressant au point de vue de la théorie qui cherche dans le cheval l'origine de la maladie.

Le 28 juin, entrait dans mon service, une femme de 20 ans, atteinte de dysménorrhée ancienne et de pertes blanches; mariée à 16 ans, elle avait toujours souffert depuis cette époque. Comme elle ne pouvait marcher à cause des douleurs, comme l'on trouvait sur les côtés de l'utérus des masses allongées et mobiles dues évidemment à une salpingite double, l'opération fut résolue. Elle se fit très facilement le 5 juillet. Les suites en furent encore plus simples, et, dès le 9, la malade criait la faim. Mais, le 11, elle accusait une sorte d'aura partant du côté gauche de l'abdomen, puis un violent mal de gorge, du trismus; enfin, elle fut prise de dyspnée, de cyanose, et mourut le 13. A l'autopsie, nous trouvâmes encore une réunion complète de la plaie.

Il faudrait être étrangement prévenu pour ne pas voir dans ce second cas de tétanos une conséquence du premier. Et cependant des lavages phéniqués avaient été largement pratiqués; on avait désinfecté la salle à l'acide sulfureux; toutes les précautions antiseptiques avaient été prises.

Ces deux faits, par leur réunion, sont très probants au point de vue de la nature infectieuse du tétanos, mais ils ne sont point démonstratifs au sujet de son origine chevaline. Des médecins de la marine ont, du reste, observé le tétanos là où l'influence du cheval n'avait pu se faire sentir.

— M. Prengrueber lit un travail intitulé : *Traitement du cancer de la bouche.* Il s'agit d'un homme de 43 ans qui n'avait jamais été malade jusqu'au moment où les accidents suivants se sont montrés. En mars 1887, il se produisit à la partie médiane des gencives inférieures une ulcération qui envahit les parties voisines; puis apparut un écoulement sanieux, abondant et fétide; enfin, il se fit des hémorrhagies et il existait une vive douleur. La déglutition, la mastication et la parole étaient difficiles. Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, où M. Prengrueber l'opéra il y a six mois. Il a enlevé dans sa totalité la branche transversale de la mâchoire et les dents qu'elle supporte, la totalité du plancher de la bouche avec les glandes salivaires et les ganglions qui y sont attenants, les quatre-cinquièmes au moins de la langue, ne laissant de cette dernière que la muqueuse dorsale qui avoisine l'épiglotte, doublée d'une couche peu épaisse de substance musculaire.

Ce cancer volumineux et ulcéré qui avait envahi toutes les parties sus-mentionnées épuisait le malade par l'écoulement, les hémorrhagies et les douleurs; la vie était menacée à brève échéance. A l'heure actuelle, la cicatrisation se maintient parfaite. La santé générale du malade est excellente et celui-ci est satisfait du changement d'état résultant de l'opération; il a engraissé; l'écoulement purulent et les hémorrhagies ont disparu.

La difformité qui résulte de l'opération, cachée par la barbe, n'a rien de particulièrement choquant à la vue. L'alimentation exige, il est vrai, de grandes précautions, mais, en somme, elle est parfaite; il n'est pas jusqu'au goût qui ne soit conservé intact. Quant à la parole, elle est, pour l'instant, inintelligible.

— M. Trasbot lit un premier rapport sur une note de M. Mathis au sujet de la dysenterie des jeunes chiens; l'auteur croit que la maladie est contagieuse; elle serait due à un bacille qui, peut-être, n'est autre que celui décrit par M. Hayem dans la diarrhée verte. — La commission regarde ces conclusions comme possibles, mais non démontrées.

Puis il lit un second rapport sur le concours pour le prix Vernois.

— L'Académie se constitue ensuite en comité secret pour discuter les conclusions de ce second rapport.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTE D'UN MERCURE ANTIQUE.

Il y a quelques semaines, sur les confins du curieux village de Pernant, bordant la rive gauche de la rivière de l'Aisne et non loin de la route de Compiègne, au milieu de ruines et de fondations appartenant probablement à la même époque que le champ de sépulture découvert et exploré par nous, en 1880, à Pommiers, une statuette d'une conservation admirable et d'une exécution digne de remarque était tirée du sol inopinément par un habitant de la localité. Nos personnelles découvertes de poteries, de monnaies gauloises et romaines, de perles en verre, de quelques petits bronzes et même de débris humains figurant aujourd'hui au Muséum d'anthropologie, avaient attesté déjà l'importance qu'avait cette région, il y a tantôt deux mille ans.

Ce bronze, couvert d'une fort belle patine vert olive, ne pouvait manquer d'occuper vivement l'attention des antiquaires de la région, soucieux d'ajouter aux renseignements déjà si nombreux, recueillis sur le vieux Soissons, le *Noviodunum* des Latins.

Notre petit dieu, complètement nu, mesure $0^{m}12$ de hauteur. Il n'est point coiffé du pétasus, deux ailes sortent d'une chevelure bouclée aux extrémités; on remarque facilement les traits courbes exécutés au burin au milieu de la chevelure couvrant le crâne.

La main gauche serre un caducée de très grandes dimensions exécuté en fil de laiton, et qui présente cette particularité qu'il est postérieur à la confection de la statuette, qu'il est là comme un appendice ajouté par un possesseur du temps pour tenir lieu du premier caducée modelé par l'artiste et qui avait été brisé ou avait disparu.

La main droite, légèrement élevée à la hauteur de l'estomac, tient une bourse; nous pouvons induire de là que notre bronze représente Mercure, négociant portant avec lui le gain légitime d'un commerce licite.

N'est-ce pas à ce dieu que le commerçant rendait grâce pour les gains inespérés, et surtout pour les objets que l'on trouvait sur la voie publique.

Suivant Ovide, les marchands hors la porte de Capène (Rome) aspergeaient, avec une eau qu'ils appelaient *eau de Mercure,* leurs personnes et leurs marchandises, espérant se laver ainsi des parjures et de tous les actes malhonnêtes auxquels ils seraient obligés d'avoir recours pendant l'exercice de leur négoce.

Nous n'avons pas à retracer ici les attributions de ce dieu très commode, sous le patronage duquel venaient se ranger les commerçants et les voleurs, mais nous pouvons induire de la présence de ce dieu dans les ruines d'une villa ou village gallo-romain qu'il était en vénération chez les *Suessones* aussi bien qu'à Rome même.

Certes, notre bronze ne sort pas des mains d'un Cephisodore ou d'un Pisicrate; mais, de quelque main que soit sorti le métal qui figure le dieu du Commerce, l'œuvre est certainement, pour le travail et l'étude des muscles, un des plus remarquables des bronzes antiques trouvés dans notre région.

Le torse et les muscles sont modelés avec toute la rigueur de la science anatomique; on constate une parfaite concordance dans toutes les parties, sinon que les épaules sont peut-être trop tombantes. Le brachial, le biceps et le deltoïde sont arrondis par l'oxyde de cuivre; le couturier et le droit antérieur se dessinent fort bien; le jumeau interne, le soléaire et le fléchisseur des orteils sont irréprochables.

Le dos et les reins sont particulièrement soignés.

Il est un mérite dans la statuette que nous ne décrivons qu'imparfaitement, c'est celui du travail du bronze qui a un je ne sais quoi de moelleux rappelant l'épiderme; il nous démontre une fois de plus avec quel art les fondeurs étaient parvenus à éviter les bavures et les aspérités qui nécessitaient trop souvent (ainsi que cela se voit encore de nos jours) l'intervention d'un ciseleur presque toujours inhabile, qui arrondissait les formes modelées par l'artiste statuaire.

L'art du fondeur, en cette époque, s'étendait à tous les besoins de la vie domestique et militaire, surtout dans notre pays où le bronze était encore usité pendant les premiers siècles de notre ère.

A cet art, le médecin demandait ses instruments chirurgicaux, le guerrier ses armes de guerre, les dames leur trousse de toilette, le coquinaris ses vases d'airain, les baigneurs le strigile avec lequel ils se raclaient le corps. C'est à un tel nombre d'usages courants, à une telle multiplicité d'applications que nous devons attribuer la rare perfection à laquelle le fondeur antique était parvenu. L'habituelle pureté des moindres ustensiles de bronze servant à la vie commune, aux métiers, aux industries, devait apparaître surtout dans les objets d'art proprement dits, tels que notre intéressante statuette dont nous venons de décrire la figuration, et qui mérite à juste titre d'être considérée comme une des plus précieuses trouvailles archéologiques qu'on ait encore extraites du sol soissonnais, si riche d'antiquités gallo-romaines. — Eug. Toulouze.

FORMULAIRE

Gargarisme contre l'ébranlement des dents. — Quincerot.

Acide tannique	8 grammes.
Teinture d'iode	5 —
Iodure de potassium	1 gramme.
Teinture de myrrhe	5 grammes.
Hydrolat de roses	200 —

Mêlez. — Une cuillerée à café de cette solution dans un tiers de verre d'eau tiède, pour baigner les gencives, après la toilette de la bouche, dans le but de remédier à l'ébranlement des dents. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Société de dermatologie. — Une société allemande de dermatologie vient d'être fondée. Le comité se compose des professeurs Caspari, de Kœnigsberg ; Doutrelepont, de Bonn ; Kaposi, de Vienne ; Lewin, de Berlin ; Lipp, de Gratz ; Weisser, de Breslau ; Neumann, de Vienne ; Pick, de Prague.

La Société a l'intention de se réunir une fois tous les ans. La cotisation est fixée à 10 marks par an.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Les officiers du corps de santé dont les noms suivent sont désignés pour faire partie des jurys du concours qui s'ouvrira dans chacune des trois Ecoles navales, le 17 de ce mois, pour la concession des indemnités de 1,200 fr. à attribuer aux étudiants en médecine :

A Brest : MM. le directeur du service de santé, président ; le méd. en chef Auffret et le méd. de 1re cl. Brédiam, membres ; le méd. de 1re cl. Guyot, membre suppléant :

A Rochefort : MM. le directeur du service de santé, président ; le méd. en chef Guès ; le méd. princ. Fontorbe, membres ; le méd. de 1re cl. Coquiard, membre suppléant ;

A Toulon : MM. le directeur du service de santé, président ; les méd. en chef Merlin et Thomas, membres ; le méd. princ. Fontan, membre suppléant.

Le ministre de la guerre, au Val-de-Grace. — Le ministre de la guerre, accompagné du directeur du service de santé, docteur Dujardin-Beaumetz, de son chef de cabinet le général Brault, du docteur Viry et d'un officier d'ordonnance, a visité vendredi l'Ecole et l'hôpital du Val-de-Grâce, dont les honneurs lui ont été faits par le médecin inspecteur général Didiot, les médecins inspecteurs Gaujot et Colin.

Le directeur de l'Ecole, M. Gaujot, lui a présenté les professeurs et les agrégés, et il a passé en revue les stagiaires, après quoi il a parcouru les laboratoires et les salles de malades. Il s'est particulièrement enquis des travaux de bactériologie dans leurs applications aux analyses des eaux de boisson. On sait qu'une enquête sur l'eau de toutes les casernes est actuellement ouverte en France et en Algérie, et il a particulièrement félicité le docteur Vaillard, qui s'occupe avec autorité de ces importantes recherches.

M. de Freycinet a semblé satisfait de l'impulsion donnée aux études des jeunes médecins militaires, et il a pu prescrire l'exécution de plusieurs des améliorations qui lui ont été proposées. Nous espérons que les récompenses qu'il a été question d'accorder au personnel ne tarderont pas à faire l'objet d'une décision ministérielle. (*Bull. méd.*)

Création d'un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose.

Vingt et unième liste.

M. Flury Hérard	Fr.	500
M. le docteur Bergeron		500
M. Ventura Garcia		500
M. le docteur Metaxas (de Marseille)		300
M. Huguet (de Vars)		100
M. le docteur Grasset		40
Mlle Levivier		20
Mlle Gros (d'Alger)		10
Inconnu		2
Commune de Saint-Dié		200
— de Crépy-en-Valois		100
— de Roquefort		46 53
— de Saugnac et Cambrau		40
— de Châteaurenault		25
— de Mouchy-le-Châtel		21
— de Saints		19 65
— de Valençay		19
— de Renwez		18 75
— d'Haussignemont		17 17
— de Ménars		16
— de Mointot		12
— d'Argues		10
— de Sainte-Geneviève		8 75
— d'Arboursel		5
Total		2.530,85
Montant des listes précédentes		58.394,10
Total général		60.924,95

(*Gaz. hebdom.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La nature infectieuse du tétanos, que nous avions déjà admise après la série si démonstrative des observations publiées par M. Verneuil dans les derniers numéros de la *Revue de chirurgie,* ne fera plus dorénavant aucun doute pour les rédacteurs de notre journal. Les deux faits si intéressants que M. L.-G. Richelot vient de communiquer à l'Académie de médecine sont, en effet, de nature à convaincre les plus incrédules. Deux jeunes femmes, atteintes de la même affection, opérées à trois semaines de distance dans la même salle, dans des conditions identiques, sont prises au septième jour d'un tétanos suraigu qui, malgré la médication chloralée que personne ne connaît mieux que M. Richelot, les enlève toutes deux en quarante-huit heures. Et cependant, entre les deux opérations, après le premier désastre, la salle avait été nettoyée de fond en comble avec les pulvérisations d'acide phénique et les fumigations de soufre : la cause virulente du mal n'avait pu être atteinte!

Si ces deux faits ne prouvent pas grand'chose en faveur de l'origine

FEUILLETON

UN PROJET D'EXPÉRIMENTATION DE LA TUBERCULOSE SUR LES CONDAMNÉS A MORT.

Parmi les projets de vœux qui ont été présentés au Congrès de la tuberculose, il en est un sur lequel les journaux n'ont peut-être pas assez attiré l'attention. Un certain nombre de vétérinaires ayant proposé de saisir et de détruire tout animal atteint de tuberculose et destiné à l'alimentation, sous prétexte que la viande, le lait, le sang, etc., de ces animaux pouvaient communiquer la tuberculose aux consommateurs, M. le docteur Dionis des Carrières, ancien interne des hôpitaux de Paris, éleva une objection à ce propos. « Il n'est nullement démontré, dit-il, que l'ingestion de viandes provenant d'animaux tuberculeux ait jamais infecté l'homme; MM. Chauveau et Villemin ne connaissent pas un seul fait de ce genre. Comment voulez-vous que les pouvoirs publics puissent prendre des mesures aussi radicales que celles qui sont demandées? Et les quarante ou cinquante médecins et vétérinaires qui sont à la Chambre, les juges les plus compétents, vont-ils, pour suivre le Congrès dans ses conclusions, jeter la perturbation dans les intérêts agricoles, commerciaux ou industriels, sans avoir une conviction nettement arrêtée, quand le point essentiel reste à démontrer, à savoir que la vie de l'homme court un danger permanent ? »

équine du tétanos, — bien que pendant plusieurs jours avant la première opération on ait étalé du fumier sur les plates-bandes de l'hôpital, — ils prouvent néanmoins la nature infectieuse et contagieuse de l'affection, et, comme M. Verneuil l'a déjà dit, la ténacité du virus qui la propage.

— L'opération pratiquée par M. Prengrueber, sur un malade atteint d'un volumineux cancer ulcéré de la bouche qui rendait l'existence insupportable, montre combien la chirurgie actuelle a étendu utilement les limites des opérations pour cette affreuse maladie.

— La crainte des inhumations précipitées, qui se manifeste de temps en temps dans le public et dans le corps médical, a amené M. le docteur Bénard (de Saint-Germain) à réclamer une série de mesures administratives tendant à prévenir ce danger. Mais il demande tout d'abord qu'on ne permette par l'ensevelissement du supposé défunt avant qu'il présente des signes de putréfaction. De tous les signes invoqués en faveur de la réalité de la mort, celui-là est, à coup sûr, le plus certain.

— La diarrhée verte des enfants si bien étudiée par M. le professeur Hayem, a-t-elle son analogue chez les jeunes chiens, comme le voudrait M. Mathis? L'analogie ne paraît pas suffisamment établie à M. Trasbot, qui demande de nouvelles preuves, entre autres celles que donnerait l'ingestion des produits de culture par les jeunes animaux. — L.-H. P.

Note sur les tics convulsifs, en particulier sur le paramyoclonus multiple,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 avril 1888,

Par le docteur F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine,
Président de la Société de médecine de Paris.

M. le docteur E. Ricklin a publié récemment, dans la *Gazette médicale de Paris* (année 1888, n°s 2, 3, 4 et 5), sur le paramyoclonus multiple, une inté-

---

Or, cette démonstration ne peut être faite que sur l'homme.

« Ici, Messieurs, dit l'honorable orateur aux membres du Congrès, je ne me dissimule pas le *tolle* que va soulever ma proposition; je vois d'ici tous les philanthropes ou soi-disant tels s'insurger contre elle et contre moi; mais l'intérêt général de la santé publique doit s'élever au-dessus de ces sensibleries hypocrites, et je viens vous demander : En quoi les droits de la société seraient-ils lésés si un Marchandon ou un Pranzini, destinés fatalement à l'expiation suprême, étaient nourris pendant quarante jours avec des biftecks provenant du bœuf gras de Montauban qui, malgré sa belle apparence, avait des poumons tuberculeux, ou avec ces foies de volailles qui faisaient les délices des habitants de Vitry-le-François, malgré les bacilles dont ils étaient farcis?

« On a objecté que la loi était opposée à ce genre d'expérimentation, qui cependant n'a rien de douloureux pour le sujet, rien de contraire aux lois de l'humanité puisqu'il substitue à la maigre ration du prisonnier un ordinaire relativement confortable, et ne pourra jamais, en deux mois, produire ses effets ultimes, et, si d'ailleurs on invoque notre compassion, n'est-il pas préférable de la conserver au malheureux qui s'éteint de la phthisie sur un lit d'hôpital? »

Et M. Dionis des Carrières rappelle que des expériences de cette nature ne seraient pas les premières.

Et, en effet, Hévin, dans ses célèbres « Recherches historiques et critiques sur la néphrotomie ou taille du rein », insérées dans le tome III des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1757, p. 238, mentionne un certain nombre de documents très curieux à ce sujet.

ressante revue dans laquelle il a résumé et rapproché la plupart des cas connus de ce syndrome. Le premier de ces cas qui ait été décrit, et qui a servi de type aux faits ultérieurs, est dû à Friedreich. Il s'agissait, chez le malade par lui observé, « de convulsions cloniques, occupant un certain nombre de muscles symétriques des membres supérieurs et inférieurs, qui, survenues à la suite d'une violente frayeur, avaient, après une durée de plusieurs années, guéri avec une rapidité frappante; qui cessaient durant le sommeil et pendant l'exécution de mouvements volontaires, ne troublant en rien la force contractile ni la coordination. Eu égard à leur état de nutrition, ainsi qu'à leur excitabilité mécanique et galvanique, les muscles affectés réalisaient des conditions normales; par contre, les excitations portées sur les téguments mettaient en évidence, en même temps que l'intégrité complète des fonctions sensitives, une exagération du pouvoir réflexe de la peau et une exagération très marquée des réflexes patellaires. »

Quand l'attention est fixée sur un fait clinique nouveau, d'autres observations du même genre ne tardent pas à se produire, et c'est ainsi que, depuis 1881, date de la publication du travail de Friedreich, l'histoire du paramyoclonus multiple s'est enrichie de faits assez nombreux publiés en Allemagne, en France, en Italie, etc. Je ne saurais mieux faire, pour cet historique, que de renvoyer à l'étude consciencieuse de M. Ricklin.

Il est évident que, si ces faits ont entre eux de grandes analogies, ils ne réalisent pas tous au même degré le type décrit par Friedreich. Avant cette description, des cas semblables à celui auquel le médecin allemand a donné une dénomination nouvelle étaient confondus, et ils le sont encore le plus souvent, soit avec les tics convulsifs ou tics non douloureux, soit avec les spasmes rythmiques hystériques; mais le paramyoclonus multiple constitue-t-il simplement une forme, une variété, un degré du tic convulsif, un syndrome de nature hystérique, ou doit-il être considéré comme ayant une existence propre, comme une maladie à part? C'est ce que j'examinerai un peu plus loin. En attendant, je demande la permission d'exposer

---

Tout le monde connaît l'histoire du franc archer de Bagnolet, racontée depuis Mézeray par tous les auteurs qui ont écrit sur la taille. Ce malheureux, condamné à mort pour ses crimes, allait être pendu lorsque les docteurs de la Faculté en médecine de Paris, ayant su qu'il était depuis longtemps affligé de la pierre, supplièrent le roi et les magistrats de vouloir bien permettre qu'on le mît entre leurs mains pour éprouver sur lui si on ne pourrait pas lui ouvrir les reins pour en tirer le calcul sans qu'il lui en coutât la vie. Leur opération eut un si bon succès que cet homme vécut plusieurs années après en fort bonne santé.

Ambroise Paré, qui raconte aussi cette histoire, dit l'avoir empruntée aux chroniques de Monstrelet; d'après celui-ci, le fait se serait passé sous Louis XI, et sous Charles X, d'après les commentateurs de Mézeray, mais peu importe. Le point essentiel est que l'expérience fut faite sur un homme, dans le but de la transporter à d'autres hommes, car A. Paré dit explicitement que la demande de faire l'opération sur le franc archer (de Meudon, dit-il) fut exposée au roi parce que plusieurs particuliers de la ville étaient molestés de la même maladie, entre autres monseigneur du Bocage, et qu'on ne pouvait mieux connaître le siège de ladite maladie qu'en incisant le corps d'un homme vivant.

Cette opération fut, paraît-il, pratiquée publiquement au mois de janvier 1474 dans le cimetière de l'église Saint-Séverin, et Mlle de Lussan remarque avec raison, dit Hévin, que la grâce accordée par le roi au criminel qui fut le sujet de cette épreuve publique a depuis sauvé la vie à un nombre infini de personnes : bienfait qui se perpétue et se perpétuera à l'infini.

trois faits qui se rapprochent plus ou moins du type décrit par Friedreich.

OBSERVATION I. — Le sujet de cette observation est venu réclamer mes soins en 1883; il avait alors 61 ans. Ancien commissaire de la marine, il avait eu la fièvre jaune aux Antilles. Plus tard, il eut, à différentes reprises, des poussées d'eczéma. Les spasmes qu'il présentait au moment où je l'ai vu dataient de six ans et avaient débuté, paraît-il, après une saison à des eaux alcalines. Ils avaient eu d'abord pour siège les muscles de la jambe gauche, d'où ils avaient disparu pour se porter et se localiser aux muscles du cou et de la face, principalement à ceux de la nuque, au sterno-mastoïdien et aux masticateurs du côté droit. Sous l'influence de ces contractions spasmodiques, la tête était brusquement tournée à gauche, relevée et portée dans une forte extension. En même temps, la mâchoire inférieure était abaissée, portée en avant avec des mouvements latéraux de droite à gauche, et *vice versa;* puis elle se relevait non moins brusquement en produisant dans l'articulation temporo-maxillaire un bruit analogue à celui de la tête d'un os luxé qui rentre dans sa cavité articulaire.

L'intensité des spasmes était variable. Ils cessaient généralement pendant le sommeil. Ils se produisaient néanmoins parfois et réveillaient le malade. Ils diminuaient dans la position assise ou couchée et augmentaient dans la station verticale. En portant fortement les bras en arrière, le malade les atténuait considérablement. Par contre, une pression à la partie postéro-externe du cou les exagérait au point que le malade faisait un demi-tour, se renversait en arrière, et serait tombé si l'on eût continué l'expérience.

Les spasmes n'empêchaient pas les mouvements volontaires et semblaient plutôt céder à ces derniers. Ainsi le malade se rasait lui-même, ce qu'on aurait eu de la peine à croire quand on venait d'assister à un accès, comme il en avait souvent.

Ces spasmes, quelle que fût leur intensité, n'étaient pas douloureux; mais, le soir, le malade ressentait une lassitude très pénible dans la région des muscles qui en étaient le siège.

De nombreuses médications avaient été essayées : l'hydrothérapie, la gymnastique, la marche, l'électricité, les piqûres de morphine et bien d'autres moyens étaient restés également impuissants. Cependant les spasmes avaient été plus forts à une époque antérieure, une détente semblait se produire et l'espoir renaissait dans l'esprit du malade. Je ne l'ai pas revu et ignore les résultats de la cure hydro-minérale dans laquelle je l'ai dirigé.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'un auteur allemand de la fin du XVIIe siècle et du commencement du XVIIIe, Gœlicke, paraît douter qu'il soit vrai que les médecins de Paris aient obtenu de faire sur un homme vivant une opération aussi cruelle pour chercher une pierre dans les reins ou dans la vessie. « On ne doit pas être surpris, dit-il, qu'Hérophile, qui était payen, après avoir mis bas toute humanité, ait disséqué des hommes vivants, quoique criminels. Je suis bien plus étonné, ajoute-t-il, que Louis XI, roi de France très chrétien, ait permis aux médecins de Paris de faire ouvrir le périnée d'un soldat calculeux condamné à mort pour s'instruire, par cette épreuve de la méthode de tirer la pierre de la vessie. Il ne convient qu'à des barbares, et nullement à des Chrétiens, de faire de pareils essais. »

Cette sensiblerie chirurgicale, qui a bien disparu de la pratique actuelle des opérations allemandes, est bien faite pour nous étonner; mais il est inutile d'insister sur ce point.

Hérophile n'a pas été le seul anatomiste de son temps qui ait disséqué des hommes vivants; Erasistrate l'avait fait aussi, et les auteurs de l'*Encyclopédie* du XVIIIe siècle, grands libéraux s'il en fut, et précurseurs des défenseurs des droits de l'homme, loin de blâmer cette pratique, l'encourageaient au contraire.

« On ne peut trop louer, dit l'auteur du mot ANATOMIE dans l'*Encyclopédie*, p. 409 et 410, le courage d'Hérophile et d'Erasistrate, qui disséquaient les malfaiteurs tout vifs, et la sagesse des princes qui les leur abandonnaient, et qui sacrifiaient un petit nombre de méchants à la conservation d'une multitude d'innocents de tout état, de tout âge et

Obs. II. — Le second fait est assez curieux par l'erreur de diagnostic à laquelle a pu donner lieu le spasme musculaire.

Mme X..., d'environ 35 ans, très désireuse de devenir mère, voit ses règles se suspendre. Dans sa joie, elle s'entoure des plus grandes précautions, renonce à tout exercice et constate avec plaisir qu'elle grossit. Entre le quatrième et le cinquième mois, elle déclare sentir les mouvements de l'enfant; la main, appliquée sur son ventre, perçoit, en effet, des secousses qu'un examen superficiel fait attribuer aux mouvements du fœtus, et, comme c'est le commencement de la belle saison, on conseille à Mme X... de partir pour une propriété qu'elle possède dans le Midi, et où se fera l'accouchement. Cette propriété étant assez éloignée de la demeure d'un médecin, Mme X... se fait suivre d'une sage-femme qui devra rester auprès d'elle pour parer à toute éventualité, en attendant l'arrivée du docteur. Le temps s'écoule; on prépare la layette; à en juger par les secousses abdominales, l'enfant est de plus en plus vigoureux, la sage-femme affirme que tout marche bien.

Cependant le neuvième mois se passe, puis la moitié du dixième; on commence à se préoccuper et l'on fait venir un médecin qui constate l'absence de toute grossesse, de toute tumeur, un développement considérable du tissu adipeux des parois abdominales et des contractions spasmodiques des muscles de cette région.

Quand je vois pour la première fois Mme X..., au mois d'août 1880, il eût été difficile de commettre une erreur semblable à celle qui avait été commise. Les contractions spasmodiques des muscles abdominaux ont acquis, en effet, un haut degré de fréquence et d'intensité. Le ventre, toujours volumineux, est brusquement porté, par des secousses violentes, de droite à gauche, et réciproquement, et subit ainsi des mouvements alternatifs et très rapides d'un côté à l'autre. Puis vient un temps de repos plus ou moins court; la moindre excitation, le plus léger contact sur la paroi abdominale, un simple mouvement réveillent les spasmes. Quand la malade est couchée et qu'on les provoque, ils sont assez intenses pour entraîner le bassin; quand elle est assise, ils impriment parfois au tronc des mouvements d'inclinaison et de rotation. Ils cessent pendant le sommeil. Ils n'empêchent d'ailleurs aucun mouvement volontaire, aucune fonction, ne causent aucune douleur; ils entraînent simplement une grande lassitude et, par leur ténacité, un grand découragement chez la malade. Mme X..., en effet, qui aime le monde, est obligée de vivre dans la retraite; l'état d'irritabilité physique où elle se trouve, les mouvements qu'impriment au ventre et au tronc les secousses musculaires ne lui permettent de recevoir que les membres de la famille et les intimes.

---

dans tous les siècles à venir. Je souhaiterais, poursuit-il toujours, que ce fût l'usage parmi nous d'abandonner aux chirurgiens et aux anatomistes les criminels à disséquer, et qu'ils en eussent le courage.

« La mort d'un méchant serait bien autant utile à la société au milieu d'un amphithéâtre que sur un échafaud, et ce supplice serait au moins aussi redoutable qu'un autre. »

J'avoue que ce rapprochement entre une opération et une exécution, qui en amène forcément un autre entre le chirurgien ou l'anatomiste et le bourreau, me choque un peu. L'auteur de l'article a bien senti lui-même que sa proposition pourrait soulever des objections, car il ajoute :

« Il y aurait un moyen de ménager le spectateur, l'anatomiste et le patient : le spectateur et l'anatomiste, en n'essayant sur le patient que des opérations utiles, et dont les suites ne seraient pas évidemment funestes; le patient, en ne le confiant qu'aux hommes les plus éclairés et en lui accordant la vie, s'il réchappait de l'opération particulière qu'on aurait tentée sur lui. »

Et comme l'auteur se rapproche ensuite de M. Dionis des Carrières!

« L'anatomie, la médecine et la chirurgie, dit-il, ne trouveraient-elles pas aussi leur avantage dans cette condition, et n'y aurait-il pas des occasions où l'on aurait plus de lumière à attendre des suites de l'opération, que de l'opération même? Quant aux criminels, il n'y en a guère qui ne préférassent une opération douloureuse à une mort certaine, et qui, plutôt que d'être exécutés, ne se soumissent soit à l'injection de liqueurs

Le caractère de ces mouvements, que le mot de *quasi-reptation* traduit assez bien dans leur ensemble, montre que tous les muscles abdominaux, y compris les muscles lombaires, participent aux convulsions; celles-ci ont été légèrement améliorées par le massage. Une cure à des eaux indéterminées a produit une amélioration plus grande, ce qui a engagé la malade à en faire une seconde dont j'ignore le résultat.

Obs. III. — Les secousses musculaires, chez ma troisième malade, étaient bien moins intenses que chez la précédente, et méritent plutôt le nom de battements. Je ferai remarquer d'ailleurs que, chez cette dernière, elles étaient aussi très faibles au début, puisqu'elles donnaient à la main la sensation de choc léger que produisent les premiers mouvements actifs du fœtus.

Mme X..., âgée de 22 à 24 ans, a toujours été nerveuse. Jeune fille, elle était sujette à des accidents hystériformes qui ont disparu pendant quelque temps, après le mariage, puis se sont manifestés de nouveau. L'état général, d'ailleurs, est satisfaisant. Mme X... a eu une couche heureuse et ne présente rien d'anormal du côté de l'utérus. La menstruation est régulière. Toutes les autres fonctions s'accomplissent bien; rien à noter du côté des organes thoraciques, en particulier du côté du cœur, malgré les sensations pénibles ressenties par la malade.

Depuis un an, outre divers symptômes, tels que l'hyperesthésie ovarienne, la gastralgie, etc., dont elle se plaint d'une manière permanente, Mme X... est sujette à des accès plus ou moins fréquents de battements musculaires, le plus souvent limités à un seul côté du tronc, soit à droite, soit à gauche. La pression, une excitation physique ou morale les provoquent. Ils cessent pendant le sommeil. A certains moments, surtout quand les battements occupent le côté gauche, Mme X... éprouve des palpitations en même temps qu'une angoisse, une sorte de terreur inexprimable. Ces sensations pénibles se sont manifestées à un haut degré sous l'influence des premiers bains auxquels on a soumis la malade. Deux minutes à peine après être entrée dans l'eau, Mme X..., outre ses battements, était prise d'une telle appréhension, de telles angoisses qu'il fallait la sortir immédiatement de la baignoire. Du reste, il n'y a jamais eu de syncope ni de lipothymie. Peu à peu, Mme X... s'est acclimatée aux bains, qui ont produit un certain degré de sédation.

Il est difficile, dans ce cas, de préciser les muscles qui sont le siège des secousses. A en juger par l'étendue de la région où on sent les battements et par le déplacement de ceux-ci, qui se manifestent tantôt à droite, tantôt à gauche, il est permis de penser

---

dans le sang, soit à la transfusion de ce fluide et ne se laissassent ou amputer la cuisse dans l'articulation ou extirper la rate, ou enlever quelques portions du cerveau, ou lier les artères mammaires ou épigastriques, ou scier une portion de deux ou trois côtes, ou couper un intestin dont on insinuerait la partie supérieure dans l'inférieure, ou ouvrir l'œsophage, ou lier les vaisseaux spermatiques sans y comprendre le nerf, ou essayer quelqu'autre opération sur les viscères, etc. »

Quoi de plus facile que de joindre à cette liste de tentatives expérimentales sur des criminels l'alimentation par des substances provenant d'animaux tuberculeux?

Le *Dictionnaire de médecine* de l'époque, au mot Anatomie, disait aussi que « ce n'est point une cruauté, comme quelques pusillanimes se l'imaginent, de chercher des remèdes pour une infinité d'innocents, en faisant souffrir un petit nombre de coupables. Et Jean Méry, chrétien au moins autant que Gœlicke, suivant la spirituelle remarque de Hévin, pensait bien différemment de ces expériences sur les sujets vivants. « Il ne faut, disait ce célèbre chirurgien, souhaiter de mal à personne; mais s'il arrivait qu'entre les criminels, qui sont condamnés à la mort, il s'en trouvât qui eussent dans les reins des pierres trop grosses pour passer par les uretères, il serait à souhaiter que la Faculté de médecine s'adressât encore au Parlement pour obtenir la même grâce. »

On voit que M. Dionis des Carrières pouvait s'appuyer sur d'illustres prédécesseurs pour soutenir sa proposition. Aura-t-elle plus de succès dans notre siècle que dans les précédents? Je n'en sais vraiment rien, mais s'il en était ainsi, je voudrais vivre assez longtemps pour en connaître les résultats.

Simplissime.

que la plupart des muscles du tronc participent à ces battements. Mais une question plus intéressante se pose : c'est celle de savoir si le muscle cardiaque lui-même n'y prend pas une part plus ou moins directe. Les palpitations, les sensations angoissantes ressenties par la malade quand les battements siègent du côté gauche, semblent plaider pour l'affirmative. Cependant, il ne faut pas oublier que Mme X... est une névropathe et que ces phénomènes peuvent ainsi recevoir une tout autre explication.

Je dois avouer que, sur mes notes, les trois observations qui précèdent portaient comme diagnostic : spasmes musculaires (tics convulsifs pour les deux premiers malades, spasmes probablement d'origine hystérique pour la troisième), et que c'est *a posteriori* que je les ai rapprochées des cas de paramyoclonus multiple. Elles me paraissent, en effet, présenter avec ceux-ci d'assez grandes analogies, parmi lesquelles je citerai plus particulièrement, en suivant la propre description de Friedreich reproduite plus haut : l'extension des spasmes à plusieurs muscles, leur longue durée, leur suspension pendant le sommeil et les mouvements volontaires ; la persistance de la force contractile et de la coordination ; l'état normal de la nutrition des muscles et de leur excitabilité mécanique ; l'intégrité complète des fonctions sensitives, l'exagération des pouvoirs réflexes de la peau.

Dans la troisième observation, comme dans un cas rapporté par le professeur Venturi, le muscle cardiaque a semblé participer à l'affection spasmodique.

Mes observations s'éloignent cependant par quelques traits du paramyoclonus multiple. Ainsi, chez mon premier malade, les spasmes affectaient certains muscles du visage, et, chez la seconde, comme chez celui-ci, les secousses musculaires, très intenses, entraînaient le déplacement des parties où les muscles prenaient leur insertion : tête, flanc, membres : « dans les cas de paramyoclonus multiple, dit M. Ricklin, les secousses qui agitent les muscles du visage n'ont rien d'expressif ; elles sont banales ; les déplacements de membres font défaut ou se produisent à titre exceptionnel ; c'est au point que, dans la forme pure et alors que les secousses n'envahissent pas le visage, le paramyoclonus multiple ne se reconnaît pas chez un malade couvert de ses vêtements, suivant la remarque de Schultze. »

Les battements musculaires de ma troisième malade répondent assez bien à la faiblesse de ces secousses observées dans les formes pures de paramyoclonus, mais il paraît difficile de ne pas les rattacher à une origine hystérique.

Parmi les autres points qui tendraient à différencier le paramyoclonus multiple du tic convulsif, il est bon de citer la disposition symétrique des muscles atteints dans le premier et le caractère beaucoup plus rebelle du second.

Mais les formes pures auxquelles il vient d'être fait allusion sont fort rares, et, en parcourant les différentes observations, on voit que, le plus souvent, elles présentent simultanément, comme celles que je viens d'exposer, des analogies d'un côté avec le paramyoclonus type de Friedreich, de l'autre avec les tics convulsifs ou avec certaines manifestations de l'hystérie.

En laissant de côté ces derniers cas, on voit qu'il n'existe pas de ligne de démarcation bien nette entre le paramyoclonus multiple et les tics convulsifs, et je partage entièrement la manière de voir de M. Ricklin quand il réunit et confond, sauf le degré, et hiérarchise depuis les simples contrac-

tions fibrillaires jusqu'aux manifestations convulsives de la maladie des tics, telle que M. Charcot l'a décrite, en passant par le paramyoclonus multiple et le tic non douloureux, les différents états spasmodiques dont il est ici question.

La maladie des tics, dans son complet développement, comprend trois ordres de phénomènes : 1° spasmes musculaires; 2° phénomènes d'écholalie, d'échokinésie et de coprolalie; 3° phénomènes psychiques (idées fixes). Mais, à l'instar d'un grand nombre de maladies, elle présente des formes frustes; ici le premier ordre de symptômes seul existe (tics convulsifs, paramyoclonus multiple); là, en l'absence de tout mouvement involontaire, on rencontre l'écholalie ou un phénomène du même genre; ailleurs, on ne trouve que les idées fixes. Or on comprend à combien de formes frustes peuvent donner lieu l'absence ou la combinaison et le degré d'intensité de ces divers symptômes. Si l'on perd de vue le lien qui les unit, on risque de se perdre dans une analyse et des classifications indéfinies et de multiplier outre mesure les espèces morbides. En partant, au contraire, du point de vue général que j'indique, on ne voit, dans ces prétendues espèces, que des nuances, des variétés, des degrés d'une même affection, qui peut évoluer ou s'arrêter dans son développement. Cette manière synthétique d'envisager les choses me semble à la fois plus rationnelle, plus conforme à la réalité des faits, plus féconde en déductions cliniques.

BIBLIOTHÈQUE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le professeur Carl SCHROEDER. Ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition par E. LAUWERS et H. HERTOGHE. — Bruxelles et Paris, Manceaux et G. Carré.

Tout le monde connait le nom de l'illustre gynécologiste berlinois. Aussi, l'on ne saurait trop féliciter les traducteurs d'avoir permis aux personnes qui ne sont pas familières avec la langue allemande de prendre connaissance de la pratique de nos voisins.

On ne saurait analyser un livre de ce genre qui passe en revue toutes les maladies des femmes. Les descriptions y sont claires et nettes et, sans se perdre dans les détails, suffisantes pour que l'on puisse se faire une idée exacte du sujet étudié. Nous recommanderons spécialement les chapitres consacrés aux myomes utérins et à leur traitement chirurgical, ainsi que ceux réservés aux néoplasmes de l'ovaire et à l'ovariotomie.

De nombreuses figures judicieusement choisies contribuent à rendre l'ouvrage d'une lecture facile. — P. C.

TRAITÉ D'HYGIÈNE SOCIALE, par le docteur Jules ROCHARD. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Il serait nécessaire, pour le bien du pays, qu'il parût beaucoup de livres analogues à celui que vient de publier M. Rochard. Actuellement l'hygiène sociale est devenue un des points principaux sur lesquels devrait se porter l'attention des législateurs. Dans les pays comme le nôtre, où la proportion des naissances s'abaisse sans cesse, tout doit être fait pour la conservation de la vie humaine; malheureusement, si beaucoup parlent de l'hygiène, bien peu s'en occupent activement, bien moins encore la connaissent.

M. Rochard s'est occupé de réunir tout ce qui, dans l'hygiène, doit être connu des conseillers municipaux, des députés, des publicistes et aussi tout ce que le médecin n'a pas toujours le temps d'apprendre dans des études souvent un peu hâtives.

Il commence par exposer l'hygiène des villes et là se trouvent traitées les questions relatives aux eaux potables, aux égouts, aux vidanges. — Des pages d'un haut intérêt sont ensuite consacrées aux conditions matérielles de la vie dans les classes laborieuses,

aux logements des ouvriers, aux sociétés coopératives. C'est en suivant les conseils de M. Rochard que l'on arrivera à la vraie solution de la question sociale et non en continuant les déclamations habituelles aux orateurs populaires.

Une grande partie de l'ouvrage est réservée à l'étude de la prophylaxie des maladies contagieuses et il a terminé par un relevé des pertes causées par les maladies populaires et par le fléau de l'alcoolisme. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de l'arthrite mono-articulaire chronique du genou et son traitement, par le docteur F. Bock. (*Journal de méd. de Bruxelles*, 1888, 12.) — Voici les conclusions de ce travail :

1° L'arthrite chronique mono-articulaire du genou s'accompagne le plus souvent d'une atrophie du triceps fémoral. La lésion simultanée de tous les muscles de ce groupe est évidemment due à une névrite ascendante de la branche du triceps fémoral du nerf crural ;

2° Le traitement électrique (courants continus et courants interrompus), en raison de ses effets, est le seul rationnellement indiqué. En combattant l'atrophie, on évite la rétraction du membre, une ankylose dans la flexion, si elle venait à se produire, et, avant tout, une impotence fonctionnelle en cas de paralysie complète des muscles. En agissant sur l'articulation, les courants continus favorisent la résorption des tissus inflammatoires et calment l'éréthisme douloureux de la partie.

En rendant aux muscles leur énergie et en maintenant par là l'aponévrose péri-articulaire dans un état de tension suffisante, le traitement électrique concourt indirectement à la résorption de l'épanchement.

Ajoutons, finalement, que ce traitement doit être commencé le plus tôt possible et continué un temps assez long après le retour de la puissance fonctionnelle, et qu'il n'empêche aucunement d'appliquer un traitement local révulsif, ni les bains, ni le massage, ni même l'immobilisation absolue. — P. N.

La noix vomique et la strychnine, par le docteur Stocquart. (*Archives de médecine et de chirurgie pratiques*, 1888, 5.) — En général, on peut, en ce qui concerne la noix vomique et la strychnine, dépasser sans inconvénients les doses maxima indiquées dans les traités classiques, et ce n'est que dans des cas spéciaux qu'il faut être réservé dans l'emploi de cet agent.

L'alcoolisme et ses diverses manifestations sont avantageusement combattus par la médication strychnée.

Cette médication est utile pour réveiller la contractilité du système musculaire lisse des organes et des vaisseaux, et pour combattre l'atonie de ce système, ce qui se présente dans certains cas de dyspepsie et de leucorrhée, ainsi que dans certains troubles fonctionnels de la vessie. En un mot, la médication strychnée s'adresse toujours à des affections par trouble fonctionnel, et n'a pas d'influence directe sur les lésions. — P. N.

VARIÉTÉS

LE DOCTEUR ANGE GUÉPIN

Le samedi 8 septembre a eu lieu à Pontivy, sous la présidence de M. Jules Simon, l'inauguration de la statue du docteur Guépin dont le nom, bien connu des savants, est en outre resté très populaire en Bretagne et en Vendée.

La statue du docteur Guépin, œuvre du sculpteur Léofanti, est érigée sur la place Egalité, à peu de distance de la maison natale du célèbre oculiste. Elle est en bronze et a, avec le piédestal, plus de six mètres de hauteur. Sur la face principale on lit :

DOCTEUR GUÉPIN

Aux plus déshérités le plus d'amour
Aimer, respecter le travail, pratiquer la vertu

Sur la face postérieure :

Né à Pontivy le 12 fructidor an XIII
Décédé à Nantes le 21 mai 1873

Au dessous de la première de ces inscriptions, sur la face principale, un bas-relief représente le docteur Guépin pratiquant l'opération de la cataracte dans une chaumière bretonne. La statue le représente debout, vêtu de son ample manteau et la main droite passée dans l'échancrure de sa redingote.

C'est M. Léon Séché qui, le premier, a pris la parole pour remettre le monument à la municipalité. Le maire de Pontivy a répondu. Puis M. Jules Simon a prononcé un discours terminé par le passage que nous reproduisons :

«... Il s'éteignit le 21 mai 1873... Plus de trente mille personnes vinrent saluer son corps. Catholiques, protestants, israélites, libres penseurs, s'unirent pour honorer ce véritable homme de bien. La Bourse fut fermée le jour des funérailles. Mon ami Waldeck-Rousseau, alors maire de Nantes (le père du ministre), prononça son éloge au milieu d'une foule attendrie. Il le montra « partisan enthousiaste de la liberté, applaudissant à ses triomphes, résistant à ses excès. » Il parla surtout de son inépuisable dévouement au malheur. On pouvait écrire sur sa tombe, on peut écrire sur le socle de sa statue, sa devise, qui le peint et le raconte tout entier :

« Aux plus déshérités, le plus d'amour ! »

M. Hippolyte Maze, sénateur, a ensuite prononcé quelques mots rappelant les travaux scientifiques et le rôle politique de Guépin.

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. S. Schulmann : De l'influence de la respiration sur la circulation artérielle. — M. G. Dumont : De l'unicité de la pneumonie (étudiée surtout au point de vue bactériologique). — M. F. La Nècle : Réflexions à propos d'un cas de méningite tuberculeuse. — M. A. Dubar : des tumeurs liquides des grandes lèvres. — M. P. Guillaume : De la vaccination animale dans la région. — M. V. Tiéry : Contribution à l'étude du cylindrôme. — M. V. Testu : Syphilis et érythèmes non spécifiques. — M. A. Masson : Des troubles moteurs post-épileptiques. — M. Lefebvre : De l'eczéma des fileurs et varouleurs de lin. — M. A. Heem : Des gales anormales. — M. L. Harlet : Des abcès froids péri-osseux. — M. F. Staes : Etude sur la rupture spontanée du cordon ombilical. — M. H. Dematte : Contribution à l'étude des traumastismes oculaires propres aux ateliers de construction mécanique. — M. B. Mayeur : Du strophantus (Recherches expérimentales, cliniques et thérapeutiques). — M. E. Derode : De la brachydactylie. — M. G. Dutilleul : Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la trompe utérine. — M. Ch. Delabarre : Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA VARIOLE. — Colleville.

Iodoforme pulv.	2 grammes.
Camphre pulv.	4 —
Vaseline pure	40 —

Mêlez. — Onctions, matin et soir, sur toutes les régions qui sont le siège de cuissons et de démangeaisons, et particulièrement sur la face, dans le cas d'éruption variolique.

— La cuisson et les démangeaisons sont calmées par l'action combinée de l'iodoforme et du camphre. La désinfection du malade est assurée, et la résorption purulente est moins à redouter. Enfin il ne se forme pas de croûtes, et il n'y a pas plus tard de cicatrices. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Asile d'aliénés. — On vient d'ouvrir à Attica le premier asile d'aliénés de la Grèce. Jusqu'à ce jour on enfermait les personnes atteintes d'aliénation mentale dans les couvents.

COURRIER

Nomination dans la Légion d'honneur. — Pendant le voyage qu'il vient de faire à Caen, M. le Président de la République a décerné la croix de la Légion d'honneur à M. le docteur Bourienne, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville. A Evreux, il a accordé la même récompense au docteur Quindey, médecin en chef de l'hospice d'Evreux.

— Par décret, en date du 5 septembre 1888, M. le docteur Didiot, médecin-inspecteur général, président du comité technique de santé, a été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Inauguration de l'hospice Ferrari. — Le jeudi 29 août, a eu lieu à Clamart l'inauguration de l'hospice Ferrari dû à la charité de Mme la duchesse de Galliera. L'hospice Ferrari est destiné à recevoir cent vieillards, cinquante veuves et cinquante veufs soigneusement choisis parmi les déshérités les plus dignes d'intérêt; Mme de Galliera est la créatrice de deux autres œuvres : l'orphelinat de Fleury, où seront logés, nourris et instruits trois cent cinquante orphelins, et un asile qui servira de refuge à cent vieux instituteurs congréganistes. Ces deux derniers établissements sont situés sur le territoire de Meudon. Une délégation du Conseil municipal de Clamart assistait à l'inauguration de l'établissement.

Société de biologie. — *Prix Ernest Godard en 1888.* — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre ; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

École de plomberie sanitaire. — La Chambre syndicale des ouvriers plombiers de la Seine vient de créer une école de plomberie sanitaire, dans le but de perfectionner l'enseignement professionnel et les connaissances hygiéniques des ouvriers.

Le cours d'hygiène et d'habitation sera professé par M. le docteur A.-J. Martin, et le cours sur la plomberie sanitaire par M. Masson, inspecteur de l'assainissement de Paris.

Nécrologie. — Le docteur Bonnans père, maire de Les Cabannes (Ariège), conseiller général du canton, chevalier de la Légion d'honneur, reçu docteur en 1834. Le docteur Bonnans laisse un fils qui exerce dans la même localité.

— Le docteur Challand, directeur de l'asile d'aliénés de Céry, canton de Lausanne. Le docteur Challand était un élève de notre Faculté de Paris et il avait bravement fait son devoir dans nos ambulances pendant la campagne de 1870-1871.

Statistique des suicides en 1887. — Le nombre des suicides, en 1887, dans les 87 départements de la France, a été de 7,572, sur lesquels le département de la Seine seul figure pour 1,420, soit pour près d'un cinquième, alors que, normalement, en égard à sa population, il ne devrait figurer que pour un quinzième. Le mois qui a fourni le plus de suicides est le mois de juillet, dont le total a été de 790, alors que la moyenne des autres mois est de 550 à 600. La proportion du nombre des femmes qui se donnent la mort est très inférieure à celle des hommes. Ainsi, sur ces 7,572 suicides on compte 5,964 hommes et 1,608 femmes seulement. Dans le département de la Seine, sur les 1,420 morts volontaires, les femmes ne figurent que pour 295, c'est-à-dire un sixième du total environ. On se suicide de préférence de 50 à 60 ans. En effet, le chiffre des gens qui se sont donné la mort, entre ces limites, a été dans toute la France, de 1,508, tandis que de 30 à 40 ans, il n'a été que de 992. Mais de 40 à 50 ans, la proportion se relève et atteint 1,394. La période où les morts volontaires sont le moins fréquentes est l'extrême vieillesse. On ne compte que 166 suicidés âgés de plus de 80 ans. Quelles sont les causes les plus fréquentes du suicide? La statistique officielle a pris soin de les relever. Nous les lui empruntons :

Misère et revers de fortune		
Misère (ou crainte de la)	483	
Embarras de fortune	305	888
Perte d'emploi, de procès, perte au jeu	100	
Chagrins de famille		
Douleur causée par la perte d'ascendants, de conjoints, d'enfants	56	1.031
Chagrins domestiques non spécifiés	975	
Amour, jalousie, débauche		
Amour contrarié	200	
Jalousie entre époux, entre amants	27	1.125
Honte d'une mauvaise action	89	
Ivrognerie, alcoolisme	809	
Peines diverses		
Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires (délits)	203	
Suicide d'auteurs d'assassinats, de meurtres, d'empoisonnements, d'incendies	27	
Désir de se soustraire à des peines disciplinaires militaires	16	1.785
Désir de se soustraire à des souffrances physiques	1.228	
Dégoût du service militaire	25	
Dégoût de la vie et contrariétés diverses	287	
Maladies cérébrales		
Aliénation mentale	1.975	
Hypocondrie	109	2.168
Monomanie	70	
Idiotisme	14	
Motifs inconnus		575
Total général		7.572

On remarquera que de toutes les causes de suicide groupées sous des rubriques générales, c'est la misère qui fournit, au total, le moindre contingent.

(*La Province médicale.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhée. — Diagnostic de la blennorrhagie aiguë (1).

Messieurs,

Il est tout à fait exceptionnel que la blennorrhagie, après avoir duré quelques semaines, ne présente pas, spontanément ou sous l'influence des traitements qui lui ont été opposés, une certaine tendance à la guérison; la congestion de la muqueuse s'efface, les douleurs s'atténuent, l'écoulement diminue; mais les cas ne sont pas rares dans lesquels l'effort curateur s'arrête en chemin et reste incomplet; l'amélioration, après s'être plus ou moins accentuée, se suspend et la maladie se prolonge pendant un temps indéfini sous forme d'un suintement plus ou moins abondant. Le plus souvent, il vous sera facile de découvrir la cause de cette prolongation; quelques blennorrhagiques la devront à des écarts de régime; d'autres à un traitement irrationnel; d'autres à une constitution mauvaise; il faut cependant bien savoir que, chez un certain nombre de malades, il vous sera impossible de relever aucune de ces causes; il est des malheureux, heureusement peu nombreux, chez qui, malgré les apparences d'un état général excellent, malgré les traitements les plus rationnels et les plus réguliers, la chaudepisse devient chronique et s'éternise tout autant que chez les sujets qui ne se sont pas ou se sont mal soignés.

Ce mot s'éternise vous paraîtra sans doute quelque peu exagéré; il ne l'est point autant que vous pourriez le croire à première vue. En 1840, Ricord soignait un malade dont l'écoulement datait de la paix d'Amiens (1800). En 1863, M. Desormeaux traitait un ancien officier dont la goutte militaire n'avait pas cessé depuis une blennorrhagie contractée en Bohême en 1813. Ricord a dit qu'il fallait laisser certaines chaudepisses mourir de vieillesse; ce système même ne réussit pas toujours, car la longévité de la maladie a plus d'une fois dépassé celle du porteur, et l'on a vu des vieillards succomber portant encore la blennorrhagie qu'ils avaient contractée dans leurs jeunes années.

Chez la plupart des blennorrhéiques, la blennorrhagie chronique se présente sous cet aspect particulier qui a été désigné sous les noms de blennorrhée, de goutte militaire, et que constitue un suintement uréthral

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 28, 30 août, 11 et 13 septembre 1888.

muco-purulent plus ou moins abondant; mais, dans cet état même, il y a des degrés, des variantes.

Le plus souvent, ce n'est qu'après un grand repos, quand un long intervalle de temps s'est écoulé depuis la dernière miction, qu'il est possible de faire apparaître au méat une goutte d'un blanc laiteux ou d'un blanc opalin; aussi n'est-ce généralement que le matin qu'il est donné d'observer la goutte; parfois même celle-ci fait défaut, et tout le trouble sécrétoire consiste dans l'accollement des lèvres du méat par un mucus visqueux et abondant; quelques chatouillements de loin en loin sont les seuls phénomènes qui rappellent les douleurs de la période aiguë; les excès de table et les autres n'ont, en général, plus aucune influence appréciable pour provoquer l'exaspération des accidents.

Dans les cas les plus légers, après une nuit de repos, ce n'est même pas une gouttelette de pus ou de muco-pus qui apparaît au méat; c'est péniblement que le malade parvient à y amener une petite gouttelette d'un liquide transparent qui file entre les doigts : il ne reste plus traces des manifestations douloureuses ou des phénomènes congestifs de la période aiguë.

Quand la blennorrhagie n'est pas très ancienne et ne date que de quelques mois, la goutte peut apparaître même le jour, quand les malades sont restés plusieurs heures sans uriner; le méat a conservé un reste de rougeur; la miction et l'érection ne se font pas toujours sans douleur; une fatigue, une veille prolongée, une marche forcée, un excès de table suffisent à réveiller pour quelques jours et la douleur et l'écoulement.

Tous ces malades vous diront qu'ils ont la goutte, et cependant je suis de ceux qui pensent qu'il y a quelque importance à les distinguer les uns des autres. Je sais bien que cette opinion n'est pas admise par tout le monde.

« Les caractères physiques de l'écoulement, écrit le docteur Jamin, ont une importance relativement secondaire : tantôt incolore et transparent; tantôt muco-purulent ou même tout à fait jaunâtre, il reproduit, a-t-on dit, assez fidèlement le degré d'inflammation de la muqueuse uréthrale. Il peut être clair, épais ou visqueux. Mais, des variations de quantité, de couleur et de consistance se manifestent fréquemment sous la plus légère influence : une fatigue, un excès de boisson, un seul coït, une simple pollution nocturne, ou même une érection prolongée modifient totalement la sécrétion du jour au lendemain. »

La variabilité de l'écoulement, dont parle mon savant confrère, n'appartient qu'aux blennorrhagies qui ont encore conservé un certain degré d'acuité; elle constitue un symptôme plutôt favorable dans l'histoire des blennorrhagies anciennes, et jusqu'à nouvel ordre, je crois, avec Diday, qu'il y a lieu, quand on veut établir le pronostic et instituer le traitement d'une blennorrhée, de tenir grand compte de la nature exacte de l'écoulement et de son impressionnabilité plus ou moins grande aux diverses causes connues comme susceptibles de provoquer l'inflammation de l'urèthre.

La goutte militaire constitue le symptôme le plus habituel de la blennorrhagie chronique; elle peut en constituer l'unique manifestation fonctionnelle, ne s'accompagnant d'aucune sensation douloureuse dans le canal, d'aucun trouble dans la miction; mais les cas ne sont pas rares où il y a, en même temps que le suintement uréthral, fréquence plus grande des envies d'uriner avec besoin pressant et impérieux, où l'on voit les ma-

lades rejeter, soit spontanément, soit sous l'influence des efforts de la défécation ou de la miction urinaire, quelques gouttes blanchâtres rappelant l'aspect du sperme. Cette différence dans l'ensemble des manifestations pathologiques provient d'une différence dans l'étendue et la localisation de l'inflammation.

L'opinion la plus répandue jusque dans ces dernières années était que le processus phlegmasique, dans la blennorrhagie chronique, se localise de préférence dans les parties profondes de l'urèthre; des observations plus précises ont établi qu'il était loin d'en être toujours ainsi.

L'uréthrite chronique se cantonne souvent dans l'urèthre antérieur; le cul-de-sac du bulbe paraît être son point d'implantation le plus habituel; c'est un fait sur lequel les observations du professeur Guyon et celles du docteur Jamin ne laissent aucun doute; en pareil cas, les liquides sécrétés en avant du muscle uréthral ne rencontrent aucun obstacle à leur écoulement à l'extérieur et donnent naissance à ce suintement muco-purulent peu abondant qu'on désigne sous le nom de goutte militaire; les sensations douloureuses ne consistent guère que dans quelques démangeaisons au niveau du gland, quelques pesanteurs au périnée; les mictions ne sont ni plus fréquentes, ni plus difficiles.

L'inflammation de l'urèthre postérieur, dans la blennorrhagie chronique, est beaucoup plus rare que celle de l'urèthre antérieur; sur 103 observations d'uréthrite chronique, Jamin ne l'a rencontrée que 23 fois; elle est le plus souvent surajoutée à l'uréthrite antérieure. La goutte matinale se rencontre fréquemment chez les malades atteints d'uréthrite chronique postérieure; mais cet accident ne relève pas de l'inflammation de l'arrière-canal, il est dû à la concomitance habituelle de l'uréthrite antérieure. Les quelques gouttes de pus sécrétées en arrière du sphincter uréthral ne sauraient sortir facilement de l'urèthre profond et venir se présenter spontanément à l'extérieur; même pendant la nuit, dans ce long intervalle de repos pendant lequel le malade reste sans uriner, elles s'accumulent dans l'arrière-canal sans pouvoir franchir le sphincter uréthral, sans pouvoir pénétrer et progresser dans la portion spongieuse; ce n'est que le matin, à la première miction urinaire, que ces gouttes sont entraînées sous la forme de bouchons muqueux, de filaments blanchâtres qui nagent dans l'urine et ont le don d'effrayer fortement les malades. Dans le jour, quand le pus est sécrété en grande abondance dans l'urèthre postérieur, il est quelquefois rejeté à intervalles plus ou moins éloignés par une sorte de petite éjaculation qui ne s'accompagne d'aucune sensation voluptueuse, et à la suite de laquelle quelques gouttes d'un liquide visqueux et blanchâtre viennent apparaître au méat et tacher le linge; d'autrefois, la petite masse de muco-pus vient s'écouler à l'extérieur à l'occasion des efforts de la défécation ou à la fin de la miction urinaire.

La fréquence exagérée des mictions est un des phénomènes habituels de l'uréthrite postérieure; la production de cet accident est facile à comprendre, elle s'explique par les liens physiologiques qui unissent les parties postérieures de l'urèthre au col de la vessie, dont elles peuvent être considérées comme le prolongement et l'annexe, ainsi que l'a si nettement établi le professeur Guyon.

En résumé, la sécrétion muco-purulente de l'uréthrite chronique antérieure s'écoule facilement et spontanément à l'extérieur en donnant naissance à ce suintement peu abondant qu'on a désigné sous le nom de goutte

militaire; la sécrétion purulente de l'uréthrite chronique postérieure, enfermée en arrière du sphincter uréthral, ne s'échappe que d'une façon intermittente, soit entraînée par les premières gouttes d'urine sous forme de flocons muqueux, soit rejetée sous l'influence d'une petite éjaculation ou à la suite des efforts de la défécation ou de la miction urinaire. Des envies plus fréquentes d'uriner accompagnent ordinairement l'uréthrite postérieure. (*A suivre.*)

Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermond-Ferrand en 1886.

Par le docteur V. Nivet.

Nous transcrivons les conclusions du rapport très savant et très étudié de notre distingué confrère de Clermont-Ferrand. Une analyse sommaire ne saurait en donner une idée aussi juste.

Parmi les médecins, les uns ont attribué cette épidémie au transport des bacilles typhoïgènes par l'air et les individus; les autres, moins nombreux, au transport de ces organismes par les eaux potables.

Voici les circonstances qu'on peut invoquer en faveur de la première opinion :

1° La fièvre typhoïde a, pour ainsi dire, plané sur la France tout entière pendant les cinq derniers mois de l'année 1886, car on a observé ce genre de maladie dans trente-six garnisons qui étaient disséminées dans les départements du sud, du nord, de l'ouest, de l'est et du centre de notre pays;

2° Elle existait dans vingt-cinq communes du département du Puy-de-Dôme à l'époque où les réservistes ont quitté Clermont; dans dix communes, on a signalé des petits foyers épidémiques isolés;

3° La fièvre typhoïde s'est montrée sans discontinuer à Clermont depuis le mois de mai jusqu'au mois de septembre; elle a commencé à Montferrand le 3 août, elle n'a pas sensiblement augmenté pendant les mois suivants;

4° Elle est devenue épidémique quand elle a pénétré dans les casernes, treize à quatorze jours après l'arrivée de la première portion des réservistes, c'est-à-dire le 3 ou le 4 septembre;

5° De nombreux réservistes ont emporté la fièvre typhoïde dans leur pays, quelques-uns l'ont transmise à leurs parents et à ceux qui les ont visités;

6° L'épidémie a fait d'assez nombreuses victimes à Clermont dans des établissements où l'on ne boit point l'eau de cette ville venant de Royat. Dans l'asile de Sainte-Marie (Bois-de-Cros), qui est alimenté par les sources de Fortmort, deux religieuses et dix épileptiques ou aliénés, qui sont internés, ont payé leur tribut à l'épidémie; une religieuse et trois de ces derniers malades sont morts.

La population de cet asile est de 663 personnes. Le treizième malade, qui est également mort, était domestique; il a pu boire de l'eau Clermont pendant ses sorties;

7° Les réservistes, les internes du grand lycée Blaise Pascal, les soldats de la garnison, la population de Clermont, celle de Montferrand font usage de la même eau, venant des mêmes sources, arrivant par les mêmes canaux. Voici quelle a été la mortalité dans ces divers groupes par la fièvre typhoïde :

Groupes.	Nombre des individus.	Nombre des décès.	Proportion : un décès sur
Réservistes	200	11	18 à 19
Lycéens (du Grand Lycée)	255	6	42 à
Militaires de la garnison	3.243	39	83 à 84
Habitants de Clermont, de 20 à 30 ans.	5.642	17	331 à 332
De tous âges	37.305	40	932 à 933
Habitants de Montferrand	5.882	3	1920

Il semble peu logique d'admettre que la même eau contaminée ait pu donner lieu à des effets si différents;

8° Chose remarquable, la présence des bacilles typhoïgènes n'a été constatée ni dans les canaux, ni dans les réservoirs publics dans lesquels passe l'eau potable de Clermont.

On a trouvé uniquement ces bacilles dans un réservoir particulier installé dans la maison Moser qui est à 40 mètres de la caserne des Paulines, et dans laquelle une jeune demoiselle a été atteinte de la fièvre muqueuse le 5 novembre; tandis que la cueillette de l'eau examinée a été faite à la fin du mois de décembre.

Les bacilles de ce réservoir venaient-ils de la demoiselle, étaient-ils arrivés dans le réservoir avec les poussières de la caserne? C'est ce qu'on ne peut pas affirmer d'une manière positive. Mais il est à croire, ainsi que le pense M. Arnould, qu'ils n'ont pas été portés à Clermont par les eaux de Royat;

9° Il a été établi également que les matières typhiques provenant de la dame de Lyon, arrivée à Royat le 6 août et devenue malade le 10, à la villa B..., n'ont point pénétré dans les canaux et réservoirs qui amènent les eaux de Royat à Clermont;

10° Les faits exposés ci-dessus tendent à démontrer que la contamination des eaux potables de Clermont par des bacilles typhoïgènes n'a pas été la cause de l'épidémie typhoïde de 1886.

Il est nécessaire d'ajouter ici que le sol de la ville de Clermont est souillé superficiellement par les urines et les matières fécales liquides venant des maisons où il n'existe point de latrines; profondément, par les fosses non étanches, les citernes et les puits perdus.

Ce sol remué profondément en 1877, à l'époque où l'on posait les tuyaux des fontaines, a donné naissance à une épidémie typhoïde aussi grave que celle de 1886.

A l'Hôtel-Dieu et dans beaucoup de maisons, les fosses non étanches et les vieux égouts stercoraux communiquent par les tuyaux de descente avec les cabinets et même avec les éviers.

Enfin les ruisseaux reçoivent les matières venant de certains privés et les égouts chargés d'immondices; ils présentent de nombreux lavoirs qui sont établis le long de leurs bords.

Le conseil d'hygiène a indiqué les moyens à prendre pour faire disparaître cet état de choses bien dangereux, mais à mesure que le temps coule, que le souvenir de l'épidémie s'affaiblit, l'Administration municipale rencontre des résistances de plus en plus grandes.

La presse et le Conseil d'hygiène seront-ils assez puissants pour vaincre les résistances? C'est ce que l'on ne peut pas encore affirmer.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des maladies chroniques du cœur et de leur traitement par la méthode d'Œrtel (de Munich).

La méthode de traitement des affections du cœur du professeur Œrtel a donné lieu à des polémiques assez ardentes dans la presse d'Outre-Rhin; aussi croyons-nous devoir la faire connaître à nos lecteurs en la résumant d'après la communication de l'auteur au Congrès de médecine interne de Wiesbaden et d'après un article du *Therap. Monas.*

Le traitement des maladies chroniques du cœur se divise en deux méthodes : l'une diétético-mécanique, l'autre médico-pharmacologique.

Le traitement diétético-mécanique forme un tout complet avec ses indications et ses contre-indications, et on peut, avec profit, l'exposer dans son ensemble.

Les modifications dans la masse musculaire du cœur par les processus pathologiques sont quantitatives et qualitatives.

Les modifications quantitatives consistent en une augmentation ou une diminution de masse musculaire, soit absolues, soit relatives, et elles s'étendent ou sur une seule partie ou sur la totalité du cœur.

L'augmentation de la masse musculaire, l'hypertrophie, est rarement une maladie essentielle. En général, elle se produit par un travail exagéré du cœur à la suite d'obstacles que la circulation du sang a à vaincre dans les lésions valvulaires, les anévrysmes, la compression des artères par les tumeurs, le rétrécissement de la circulation pulmonaire, la destruction de districts capillaires dans les poumons et les reins, etc. L'augmentation de la masse musculaire du cœur qui se développe progressivement dans ces cas par suite d'augmentation de travail est interprétée aujourd'hui comme une hypertrophie compensatrice, qui doit vaincre l'obstacle intercalé dans le courant sanguin. En général, c'est un devoir essentiel pour le médecin de maintenir cette hypertrophie et de la rétablir quand elle s'affaiblit ou se perd.

La diminution de la masse musculaire du cœur, sans autre processus dégénératif et frappant tout l'organe, se voit consécutivement à des troubles de la nutrition générale en même temps que la diminution de la quantité du sang dans l'anémie, la chlorose, la vieillesse, dans les maladies surtout chroniques qui mènent au marasme. L'atrophie relative et partielle trouve son expression dans une diminution progressive, plus ou moins considérable, de l'épaisseur de la paroi du cœur, même lorsqu'il existe une augmentation longitudinale ou transversale de ses diamètres, et que les cavités closes par ses parois sont agrandies.

Cet amincissement ou relâchement de la paroi du cœur peut aussi exister avec un cœur normal et trouver sa cause dans du surmènement ou bien être occasionné par une affection accidentelle de l'appareil de la circulation, surtout par des lésions valvulaires. Lorsqu'une lésion valvulaire s'est formée, la pression intra-cardiaque atteint progressivement une telle hauteur, par suite de l'évacuation incomplète du ventricule, qu'il se développe un relâchement de la paroi du cœur avec dilatation des cavités. La nature obtient l'atténuation ou la limitation d'un tel état par une augmentation consécutive de la masse musculaire du ventricule. Si cette hypertrophie compensatrice ne se développe pas complètement, il survient, outre des symptômes de dilatation du cœur, des phénomènes de diminution relative de la masse musculaire, d'insuffisance du cœur, et il en résulte une indication capitale pour le traitement diététicomécanique. Une augmentation déterminée des cavités du cœur doit être considérée comme compensatrice, puisqu'elle sert à recevoir la quantité de sang qui revient par suite de l'occlusion incomplète des valvules; il n'y a donc pas à la traiter. Au contraire, la dilatation tenant au relâchement exagéré peut rétrocéder, et elle le fait quand le muscle a gagné de force.

Les modifications qualitatives du cœur sont, ou bien la suite de processus inflammatoires, de troubles nutritifs, ou bien de processus de dégénération qui sont provoqués par diverses maladies, plus rarement par des maladies constitutionnelles.

La fibre musculaire est alors malade, peu ou pas capable de fonctionner.

Lorsque par supernutrition le cœur est à la fois enveloppé par la graisse et infiltré par elle, la fibre musculaire peut être non seulement atrophiée, mais encore atteinte de dégénérescence graisseuse. Le cœur gras se rencontre fréquemment dans les statistiques de cardiopathies chroniques.

La dégénération graisseuse de la fibre est très grave au point de vue du traitement. Elle est le plus souvent la suite de troubles nutritifs chroniques, quelle que soit leur cause, et surtout de la sclérose des artères coronaires. Un certain nombre de modifications graves échappent complètement à la thérapie; tels sont l'infarctus hémorrhagique, le ramollissement, etc.

Enfin, il faut encore signaler une modification du tissu du cœur très difficile à diagnostiquer pendant la vie; le remplacement de la fibre musculaire par du tissu conjonctif à la suite de péricardites et d'endocardites.

Les affections du muscle qui succèdent aux maladies infectieuses, avec processus septico-emboliques, à la syphilis générale, ne sont justiciables de traitement que quand les phénomènes primitifs ont disparu ne laissant que de la faiblesse cardiaque.

L'essence de la maladie chronique du muscle cardiaque est la diminution de force et l'insuffisance du muscle qui finit par produire toujours les mêmes phénomènes.

Le but du traitement de la lésion du muscle cardiaque doit être de supprimer l'in-

suffisance musculaire, de rendre au cœur une force suffisante, de diminuer sa masse jusqu'au volume de l'hypertrophie compensatrice, ce qui permettra à la force de la contraction renforcée de diminuer une dilatation existante.

Il faut, en second lieu, combattre les modifications de l'appareil circulatoire produites par l'affection du muscle cardiaque, et l'altération du liquide sanguin, aussi bien que son mode de distribution.

Le pronostic des effets que l'on doit attendre du traitement se détermine surtout d'après l'espèce et l'intensité des troubles de nutrition existant, et des complications qui se rencontrent à côté de l'affection chronique du cœur. Plus celle-ci est simple, plus le traitement a de bons résultats; au contraire, ce dernier devient d'autant plus difficile que le trouble de nutrition est plus développé, et que, dans les autres organes, les altérations secondaires sont plus accentuées.

C'est en 1875 qu'Œrtel essaya d'agir directement sur le muscle cardiaque atteint d'insuffisance et de rétablir une compensation perdue. Cette première expérience, faite sur l'homme, servit à établir la théorie.

Le traitement supprime les troubles de nutrition, la nutrition exagérée, insuffisante ou altérée. Il s'ensuit une amélioration de l'état du sang, la diminution de la quantité d'eau excessive contenue dans ce liquide, l'allègement du travail du cœur, le renforcement du muscle dans le sens d'une augmentation de volume, l'élévation de la pression dans le système aortique, la décharge du rein et enfin le rétablissement de la force du cœur. Tout cela est obtenu par la gymnastique, surtout par le mouvement d'ascension.

Le mode de traitement de Œrtel se compose : 1° d'une partie diététique; 2° d'une partie mécanico-gymnastique; les deux se complètent, et rarement il se présente une indication d'employer l'une ou l'autre seule.

L'emploi de la méthode diététique se règle d'un côté sur l'état de la nutrition et sur l'état d'embonpoint, et, de l'autre, sur la quantité du liquide accumulé dans les vaisseaux et les tissus.

Au sujet de l'embonpoint, il faut distinguer les cas suivants :

1° Embonpoint énorme avec pléthore et diminution commençante de la force du cœur. Le régime comprend : augmentation des albuminoïdes, diminution des substances lipogènes, diminution nulle ou faible de l'ingestion des liquides;

2° Cas d'embonpoint avec pléthore séreuse. Ils nécessitent l'augmentation des éléments albumineux et la diminution des substances lipogènes et des liquides;

3° Cas d'embonpoint chez les personnes âgées avec hydrémie et diminution à la fois de l'albumine et de la graisse. Il faut alors augmenter les albuminoïdes et donner d'une manière suffisante les graisses et les hydrocarbures ou même augmenter ceux-ci en même temps qu'on diminue les liquides.

Enfin, la méthode diététique s'adresse encore à ces cas dans lesquels l'inanition, les états de faiblesse sont déjà survenus avec diminution de la force du cœur et hydrémie. Ici, il faut encore augmenter les éléments albuminoïdes du cœur que l'on doit conduire à l'hypertrophie.

Il faut maintenant considérer non seulement les formes de maladie qui se développent après des troubles nutritifs, mais aussi les états dans lesquels le cœur ne suffit plus à vaincre un obstacle circulatoire, s'allonge et se dilate.

Pour hypertrophier un muscle, il ne suffit pas de lui fournir plus d'albuminoïdes, il faut encore augmenter son activité fonctionnelle. L'hypertrophie du cœur peut aussi être provoquée par des influences extérieures qui favorisent la nutrition. A de nouvelles demandes d'énergie correspondent l'apport d'une plus grande quantité de matériaux nutritifs, la transformation de l'albumine circulante en albumine d'organe, et enfin la formation de nouvelles fibres musculaires.

Dans la grande majorité des troubles de compensation, des insuffisances du cœur à la suite de troubles nutritifs, l'auto-régulation ne peut fournir une force cardiaque suffisante pour un temps prolongé. Assez souvent, il survient rapidement une amélioration spontanée des troubles circulatoires, mais bientôt reviennent des accidents plus marqués; après un certain nombre d'alternatives, la mort finit par survenir.

L'augmentation de l'activité fonctionnelle du cœur, grâce à laquelle une exagération de sa nutrition devient possible, dépend de l'augmentation des contractions et est obtenue par le traitement mécanico-gymnastique.

Toute contraction musculaire, lorsqu'elle entraîne des modifications circulatoires, retentit sur le cœur. Normalement, la plupart des contractions ne produisent rien d'appréciable, mais un cœur malade ou affaibli réagit d'autant plus vivement que sa force est plus diminuée. Ce sont les mouvements de marche et d'ascension qui influencent le mieux le muscle cardiaque.

Des excitations prolongées du cœur, surtout par mouvement général du corps et ascension de montagnes, mènent finalement à l'hypertrophie.

Le docteur Bergmann a pris les poids des cœurs de l'homme, des animaux domestiques et des animaux sauvages qui exécutent des mouvements prolongés et vigoureux, et les a comparés au poids du corps. Les chiffres qu'il a obtenus prouvent l'influence de l'action musculaire.

Les phénomènes qui, pendant une ascension prolongée, doivent produire une nutrition exagérée du cœur et une formation de substance musculaire sont les suivants :

1° Une dilatation longtemps maintenue des artères qui augmente l'apport des matériaux;

2° Une production de contractions plus vigoureuses, une augmentation du travail du muscle cardiaque, d'où introduction et échanges d'albumine.

Les muscles pouvant effectuer un travail très varié selon la marche et le degré de l'ascension, on peut agir sur le cœur proportionnellement à sa force, et de la façon la plus délicate. La cure de terrain est basée sur ce principe.

Comme des chemins sont choisis d'une pente déterminée et qu'ils sont répartis suivant une mesure unique, il est possible d'établir pour chaque malade une tâche exactement calculée, de sorte que, d'un côté, celui qui est paresseux et qui a peine à se mouvoir fait le travail nécessaire et que, d'un autre côté, celui qui est trop ardent est empêché de se livrer à des efforts exagérés.

Le docteur A. Schott (de Manheim) a employé, dans le traitement des cardiopathies chroniques, la gymnastique dite médicale combinée avec les bains de différentes sortes et les mouvements actifs et passifs. On peut provoquer aussi des impulsions motrices sur le cœur par l'exécution de mouvements musculaires déterminés ou en triomphant d'une certaine résistance par action d'un groupe musculaire et utiliser thérapeutiquement l'excitation du cœur qui en résulte. A l'inverse des mouvements de marche et d'ascension qui peuvent être prolongés plusieurs fois par jour de quelques minutes à deux heures et plus, l'excitation gymnastique est limitée à quelques groupes musculaires et à un temps court.

Le second but du traitement mécanique est de supprimer les troubles de la circulation par élévation de la pression du sang dans le système aortique, par réplétion plus complète des artères et diminution de la masse du sang qui stagne dans les veines.

La marche et l'ascension produisent les plus heureux effets dans ce sens. Puisque l'activité du cœur est augmentée de même sa force d'aspiration augmente.

En outre, comme, par le mouvement musculaire, plus de sang est chassé dans les gros troncs veineux et expulsé des extrémités inférieures surchargées, il coule plus de sang vers le cœur droit que dans d'autres conditions, surtout dans le repos.

1° Aussitôt que l'activité du cœur est restée longtemps augmentée et que la pression du sang s'élève dans le système artériel, il survient une dilatation compensatrice des artères et une diminution de la tension de leur paroi ou de leur tonicité. L'écoulement du sang du cœur gauche est facilité, la quantité de sang artériel est augmentée, le sang veineux est diminué.

2° Dans l'équilibration entre les systèmes artériel et veineux, une part revient au poumon, ou plutôt à la dilatation inspiratrice du thorax avec agrandissement de la surface du poumon et élargissement de ses vaisseaux. Le mouvement d'ascension seul peut produire une respiration aussi facile pendant des heures. La vitesse de l'écoulement dans les poumons est augmentée et il y a plus de sang amené au cœur gauche.

On peut obtenir une action suffisante en imitant l'ascension par des mouvements des

membres inférieurs exécutés sur place, le malade faisant en même temps des inspirations profondes. On comprend qu'il est presque impossible d'entretenir longtemps à son gré des inspirations profondes, tandis qu'on peut les exécuter automatiquement pendant plusieurs heures dans le mouvement d'ascension. Des mouvements de résistance avec les groupes musculaires des extrémités inférieures répondent au mieux à l'élévation du fardeau du corps dans l'ascension des escaliers, pendant que des torsions et des flexions du tronc exercent leur action de préférence sur les conditions de la circulation du sang des vaisseaux abdominaux et que par-là elles occasionnent bien indirectement une augmentation de l'afflux du sang venant des veines des extrémités inférieures. Mais une condition favorable oubliée est toujours une respiration renforcée à maintenir.

Avec l'indication d'obtenir peu à peu un relèvement de la force du cœur se pose celle de diminuer, si possible, son travail.

Wunderlich avait déjà pensé à proportionner la masse du sang à mouvoir et la force du cœur, mais il recourait à la saignée, et c'est là un mauvais moyen. Œrtel obtient la décharge de la circulation :

1° Par diminution des liquides, des aliments et des boissons, et surtout par limitation de ces dernières jusqu'à une quantité mesurée pour chaque cas. Il ne faut pas trop diminuer pour ne pas trop abaisser l'urination;

2° Par augmentation de l'excrétion des liquides du corps. Il faut pour cela s'adresser surtout à la sécrétion sudorale et à l'excrétion de l'urine.

On obtient une augmentation de la sécrétion sudorale en dehors des moyens pharmaceutiques par l'augmentation de l'activité musculaire, par la marche, le mouvement d'ascension et les exercices gymnastiques. De même, la sueur est provoquée par l'action de la chaleur, par la chaleur du soleil, par les bains de sable, etc.

On peut encore songer à augmenter l'évaporation à la surface du poumon. On y parvient facilement, car la surface d'évaporation s'accroît en même temps que la surface respiratrice dans la gymnastique et l'ascension.

Enfin, une augmentation de la sécrétion urinaire survient, même avec diminution de l'ingestion des liquides, dans les cas où, le cœur ayant encore une force suffisante, il existe des œdèmes, des stases dans l'appareil veineux, le rein, bien entendu, restant encore capable de fonctionner. L'augmentation de l'activité du cœur à la suite du mouvement d'ascension et la diminution simultanée de la stase générale et rénale augmentent encore la quantité d'urine.

Œrtel a vu plusieurs fois que, malgré de fortes sueurs pendant la marche en été, il était excrété plus d'urine qu'il n'avait été ingéré de liquide.

Un certain nombre de circonstances rendent l'emploi de la méthode impossible ou la contre-indiquent.

L'hypertrophie secondaire compensatrice et la dilatation compensatrice ne sont pas matière à traitement, le but de la thérapeutique est de les maintenir.

De même la sclérose des vaisseaux, la myomalacie et l'anévrysme du cœur n'offrent aucune indication. L'emploi de la méthode exigera toujours la plus grande prudence lorsque, à cause de la gravité des symptômes, on soupçonnera des lésions profondes du tissu musculaire; bains et excitations motrices seront alors supprimés.

Les endocardites à marche chronique ou à récidives fréquentes, les états de faiblesse du muscle cardiaque, la compensation insuffisante d'une lésion valvulaire récente après endocardite, la sténose des orifices, la formation étendue d'induration, les anévrysmes du cœur quand ils sont diagnosticables, les adhérences du cœur avec le péricarde, l'athéromasie généralisée, une affection chronique des reins dans des lésions valvulaires anciennes, le mal de Bright chronique seront toujours les principaux états pathologiques qui contre-indiquent le traitement diétético-mécanique ou le limitent.

Chez tout malade, il faut débuter lentement, par tâtonnements prudents et par essais. Suivant la manière dont le malade supporte l'intervention mécanique, mouvement en plaine ou parcours de chemin de cure de deuxième ordre jusqu'à une ascension de 10°, ascension d'escaliers, exercices gymnastiques, mouvements actifs et d'opposition surtout à l'appareil, il ne sera pas difficile de trouver la mesure exacte ou de reconnaître que le cas considéré ne relève plus du traitement.

En résumé :

1° Des résultats toujours favorables sont obtenus de la cure de terrain dans les stades avancés du cœur gros, sans phénomènes appréciables de sclérose des coronaires, chez des personnes déjà avancées en âge avec pléthore séreuse, stase veineuse et souvent œdème. Ils comprennent :

Augmentation ou rétablissement de la force du cœur, régularisation du mouvement du cœur, lorsque celui-ci était devenu irrégulier et intermittent, augmentation de la proportion d'albumine et souvent réduction très considérable de la graisse, augmentation de l'activité générale du corps.

2° Le but atteint est l'augmentation de la substance du muscle du cœur et l'établissement d'une hypertrophie compensatrice, lorsque celle-ci n'était pas encore complètement formée ou qu'elle était affaiblie dans les lésions valvulaires et le rétrécissement de la circulation pulmonaire dans les maladies de la colonne vertébrale.

3° La méthode combat encore les rétro-dilatations étendues en tant qu'elles ne sont pas compensatrices à la suite d'abaissement de la force du muscle cardiaque et l'élévation de la pression intra-cardiaque; chez les personnes encore jeunes et dans les maladies valvulaires pas trop anciennes, surtout dans l'insuffisance de la mitrale. Elle obtient l'équilibration la plus complète possible entre les appareils artériel et veineux, l'augmentation de la quantité du sang et de la pression dans le système aortique, la diminution de la cyanose et des œdèmes; la diminution et la suppression complète des roubles du côté de la respiration surtout de la dyspnée. — P. Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, par le docteur L. Lacoarret. (O. Doin, éditeur.) — Thèse de Bordeaux, 1888.

La première partie de ce travail comprend la rapide énumération de l'étiologie et des symptômes des trois formes du catarrhe chronique : forme simple; forme hypertrophique; forme atrophique. L'auteur s'étend un peu plus sur l'ozène essentiel et donne les théories émises à ce sujet.

La seconde partie a trait aux diverses médications employées dans les stades successifs de la rhinite chronique. Après un chapitre consacré au traitement étiologique général de l'affection, viennent l'exposé et la discussion des diverses méthodes médicales et chirurgicales dirigées contre le coryza chronique. Se basant sur de nombreux faits cliniques, l'auteur trace la ligne de conduite à tenir dans les différents degrés du catarrhe chronique. D'intéressantes observations montrent, en outre, que l'ozène essentiel est parfaitement curable, si le médecin et le malade sont l'un et l'autre assez patients pour poursuivre avec rigueur un traitement approprié. Un index bibliographique fort complet termine ce travail consciencieux qui sera avantageusement consulté.

REVUE DES JOURNAUX

Paraldéhyde dans le traitement des vomissements incoercibles. — Le docteur M.-B. La Moure, dans les *Albany medical Annals*, de juin 1888, recommande l'usage de cet agent thérapeutique comme moyen avantageux de combattre les vomissements qui ont pour cause l'irritabilité ovarienne ou la grossesse, ainsi que l'état nauséeux de la migraine.

Le mode d'administration est le suivant : on ajoute quarante gouttes de paraldéhyde à un julep simple de 30 grammes, et l'on fait prendre une cuillerée à café de cette mixture dans un peu d'eau; on peut répéter, si c'est nécessaire, au bout d'une demi-heure.

A cette petite dose, dit notre confrère, le médicament n'est pas hypnotique, mais i

agit comme sédatif sur la membrane muqueuse de l'estomac, et produit un effet calmant sur l'ensemble de l'économie. La seule objection qu'on puisse élever, c'est l'odeur désagréable du médicament. — R.

FORMULAIRE

Pilules contre les vomissements spasmodiques. — V. Audhoui.

Extrait de noix vomique	1 gramme.
Extrait de belladone / Extrait d'opium	ãâ 0,20 centigr.

F. s. a. 20 pilules. — A la femme anémique atteinte de dyspepsie avec vomissements spasmodiques et complication de catarrhe utérin, on fait prendre le soir, au moment du coucher, d'abord une et ensuite deux et plus des pilules ci-dessus. — Deux fois par jour, le matin vers onze heures, le soir vers sept heures, elle avale dans un peu d'eau, 30 à 40 gouttes de teinture de mars tartarisée. — Soir et matin, injection vaginale avec de l'infusion de matricaire tiède. — Chaque semaine, un bain alcalin. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La prostitution a Kazan. — Dans la *Revue du gouvernement de Kazan pour l'année* 1887, on trouve des données assez intéressantes sur la prostitution à Kazan : le nombre de maisons de tolérance était de 28 avec 269 femmes ; en outre, il y avait 259 femmes solitaires exerçant sous l'inspection de la police et 119 arrêtées pour exercice clandestin. Donc, 528 prostituées légales (78 p. 100) et 119 clandestines (22 p. 100), ce dernier chiffre étant évidemment de beaucoup au-dessous de la vérité. De la totalité des prostituées (647), 497 (76 p. 100) étaient atteintes de maladies vénériennes ; en d'autres termes un habitant de Kazan qui a des relations avec les prostituées risque de contracter une maladie vénérienne avec la probabilité de 7 à 10. Parmi les formes des maladies vénériennes la place d'honneur appartient à la syphilis : 59,8 p. 100 ! Parmi les 269 femmes qui habitent les maisons de tolérance, le nombre de malades était de 156 (58 p. 100), tandis que parmi les 119 clandestines il était de 65 (54,6 p. 100) (*Wratch*, 18 août 1888).

L'alcool en Russie européenne. — En 1887 on a fabriqué en Russie de l'alcool pour 54,370,692 roubles (1 rouble = 2 fr. 50 cent.). De cette énorme quantité, 13 p. 100 seulement a été exporté à l'étranger et 3 p. 100 employé pour des besoins de fabrication ; le reste, 84 p. 100, a été consommé en Russie. On a donc avalé de ce terrible poison pour 45 millions de roubles sans compter le vin, la bière et les liqueurs !... (*Wratch*, 18 août 1888).

COURRIER

Concours d'architectes hygiénistes. — On sait avec quelle compétence et avec quelle attention M. Emile Trélat s'efforce de développer l'enseignement de l'hygiène parmi les architectes. Un cours d'hygiène est professé, depuis sa fondation, à l'Ecole spéciale d'architecture qu'il a créée et qu'il dirige avec une constante recherche du progrès. L'année dernière un diplôme d'architecte sanitaire a été décerné par ses soins et cette année les élèves ont suivi des conférences pratiques au Musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris ; à la suite de ces conférences, ils ont eu à résoudre, sous forme de dessins et de mémoires à l'appui, des problèmes concernant la salubrité des habitations.

Afin de compléter ces études, une épreuve relative aux installations sanitaires est

demandée aux élèves pour l'obtention du certificat au concours de sortie qui se poursuit en ce moment. Cette épreuve a été ainsi libellée par M. Emile Trélat :

On fera le projet d'un petit hôtel occupé par une famille de modeste aisance. L'habitation doit comprendre : salon, salle à manger, cabinet de travail, trois ou quatre chambres de maître, deux ou trois chambres de domestiques, cuisine, etc.

Le terrain disponible occupe une surface de 1,000 mètres. Il est situé vers les confins de la capitale et prend façade sur une voie de 12 mètres de largeur. Un égout, pourvu d'une pente convenable et largement alimenté d'eau, court sous l'axe de la chaussée. Il est construit suivant le type nº 11 *bis* de la Ville de Paris.

Son extrados est placé à 1m,30 au-dessous du pavé de la rue.

L'hôtel devra être aménagé pour une habitation agréable. La distribution y sera commode. Mais ce que l'étude doit particulièrement et complètement montrer, c'est la suite des installations qui assureront l'entière salubrité du lieu : aération, éclairage des locaux, approvisionnement des eaux, évacuation des déchets de la vie (liquides et solides).

Le projet comprendra : les plans, coupes et élévations nécessaires à l'échelle de 0,01 par mètre. Mais pour toute la partie technique, qui doit être spécialement mise en valeur ici, c'est-à-dire pour tous les détails qui concernent les installations ou les précautions qui visent la salubrité du local, les auteurs choisiront les échelles qui conviendront le mieux à l'exposition des agencements qu'ils auront adoptés.

Les dessins relatifs à cette disposition, comprendront des écritures ou des légendes explicatives précisant le fonctionnement des appareils.

L'argumentation de ce projet sera poursuivie de manière à fournir au candidat l'occasion de faire valoir ses connaissances relativement à la salubrité. C'est ainsi qu'il trouvera l'occassion de parler avec compétence du régime de l'air ou de la température dans les habitations, du nettoyage méthodique de ces locaux, de l'ablation sous les voies municipales des déjections de la maison, du traitement de toutes les eaux résiduaires des villes et de l'entretien de la pureté des eaux de la rivière qui les traverse.

(*Gaz. hebdom.*)

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère

Quatrième liste

MM. les docteurs	Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine	100 fr.
—	A. Ollivier (de l'Académie de médecine)	40
—	Berne (de Lyon)	10
—	Blanchard (de Briançon)	25
—	Boulin (de Morlaas)	5
—	Bourelle (d'Orbais-l'Abb.)	10
—	Bourguet (de Graissessac.)	10
—	Breteille (de Roubaix.)	10
—	Damour (de Saint-Fulgent)	5
—	Devillers (de Guise.)	10
Troisième liste		1 783
	Total	2 008 fr.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blanchet, médecin consultant à Vichy.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhée. — Diagnostic de la blennorrhagie aiguë (1).

Avant de passer au traitement de la blennorrhagie chronique, il ne sera peut-être pas inutile de vous signaler dans quelles conditions certains blennorrhagiques, surtout certains blennorrhéiques, se présenteront à vous, de vous mentionner quelques affections qui pourraient, à un examen superficiel, être confondues avec la blennorrhagie.

Le diagnostic de la blennorrhagie aiguë est, en général, facile; quand un malade vous arrive en pleine période suppurative, ayant eu des rapports dangereux deux à cinq jours avant le début de ses accidents, une erreur n'est pas possible; vous ne serez guère embarrassés que dans les cas où il vous faudra déclarer si certains suintements légers et récemment apparus sont le début d'une blennorrhagie vraie; vous pourrez aussi prendre, à un examen superficiel, des écoulements déjà anciens, tels que celui du chancre mou, du chancre induré, pour des blennorrhagies vraies.

Parmi les affections uréthrales qui peuvent, à leur début, faire croire à une blennorrhagie naissante, il faut mentionner l'herpès.

Quelques malades, principalement à la suite de la blennorrhagie et du chancre mou, sont sujets à voir se faire, sur le gland, sur le fourreau, des poussées d'herpès qui se répètent pendant des années, se reproduisent plusieurs fois par an avec une ténacité désespérante et une résistance absolue à toutes les médications; cet état morbide a été désigné sous le nom d'*herpès génital récidivant;* vous trouverez de cette affection une remarquable description dans le *Traité des herpès génitaux* de MM. Diday et Doyon. Chez quelques-uns de ces malades, la poussée herpétique peut se faire vers la muqueuse de l'urèthre. Il se produit alors, au niveau de la fosse naviculaire, une douleur qui devient cuisante au moment de l'érection et de la miction. En entr'ouvrant le méat, on voit la muqueuse rouge et tuméfiée; mais on ne peut faire sortir par la pression qu'une très petite quantité d'une sérosité incolore, pas de pus. Cette affection s'éteint spontanément en quelques jours et ne présente aucune gravité. Diday a pourtant vu une fois la douleur de l'herpès uréthral se généraliser à toute l'étendue de la portion spongieuse du canal et persister pendant six semaines; il n'y eut

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 28, 30 août, 11 et 13 septembre 1888.

cependant ni écoulement purulent, ni tuméfaction de la muqueuse. Ce n'est, comme vous le voyez, que pendant les premières heures de son apparition que l'herpès uréthral pourra faire penser à une chaudepisse à ses débuts; la notion du terrain sur lequel la maladie évolue, c'est-à-dire la prédisposition connue du malade aux poussées herpétiques, quelquefois la production concomitante d'un certain nombre de vésicules sur le fourreau, devront faire prévoir la nature de la maladie; l'absence de suppuration, quand l'affection aura duré deux ou trois jours, lèvera tous les doutes. Si le dernier rapprochement remontait à une époque quelque peu éloignée, à plus de huit jours avant l'apparition des accidents, le diagnostic d'herpès pourrait être fait d'une façon à peu près certaine dès le début; l'idée d'une chaudepisse pourrait être rejetée, car, comme je vous le disais au commencement de ces leçons, il est tout à fait exceptionnel que la blennorrhagie sommeille longtemps et se montre plus de cinq jours après que le malade s'est exposé à la contagion.

L'écoulement uréthral, qui accompagne le développement du *chancre vrai* dans l'urèthre, est assez fréquemment pris pour celui d'une blennorrhagie au début; vous voyez tous les ans un certain nombre de malades venir à notre consultation pour qui cette erreur de diagnostic a été commise; il est pourtant assez facile, à un esprit prévenu, de l'éviter.

Le chancre est rarement perdu dans les profondeurs de l'urèthre; il occupe généralement l'entrée même du canal; mon collègue M. Mauriac déclare n'avoir jamais vu de chancre syphilitique plus profondément situé que la fosse naviculaire ou la portion balanique du gland; et tous ces chancres avaient plus ou moins intéressé le méat. Je n'ai, pour ma part non plus, souvenir de chancres du canal qui, quelle que fût la profondeur à laquelle ils s'étendissent vers les régions vésicales de l'urèthre, ne se soient, à un moment donné, avancés jusqu'au méat. Les chancres absolument intra-uréthraux paraissent donc tout à fait exceptionnels, et il est probable que la plupart d'entre vous n'auront jamais l'occasion d'en observer.

La sécrétion, dans le cas de chancre uréthral, ne rappelle en rien l'écoulement blennorrhagique; elle est toujours peu abondante; elle se compose à peine de quelques gouttes de sérosité visqueuse facilement sanguinolente et non de pus; elle fait sur le linge des taches raides comme celles d'une solution de gomme épaisse, de couleur grisâtre ou rougeâtre, suivant que le sang se mélange ou non à la sérosité. Les douleurs manquent le plus souvent ou consistent en une simple sensibilité au moment de la miction urinaire; celle-ci peut être rendue difficile par la perte d'élasticité du canal et par un certain degré de rétrécissement amené par l'épaississement des parois.

Le plus souvent, par suite de l'invasion simultanée de l'urèthre et du méat, les lèvres de celui-ci apparaissent tuméfiées, surélevées au-dessus de la muqueuse environnante; elles ont un aspect sec et brillant, une couleur rouge sombre; dans leur intervalle, on voit soudre une gouttelette de sérosité, transparente, sanguinolente par moments; l'aspect particulier, que le méat prend en pareil cas, a été comparé à celui d'un col utérin vierge Au moment où l'on palpe l'urèthre, on est frappé par la perte d'élasticité du méat; ses lèvres rigides ne s'affaissent plus et ne s'écartent plus sous la pression des doigts; dans un assez grand nombre de cas, on peut cependant, par le petit orifice resté béant, apercevoir la rougeur sombre de l'éro-

sion chancreuse; souvent une petite hémorrhagie se produit au moment où l'on comprime l'urèthre et une gouttelette de sang apparaît à l'extérieur.

La palpation permet de constater encore la résistance exagérée des parois du canal converti en un tube rigide, de mesurer le degré et l'étendue quelquefois considérable de l'induration; vous auriez pu voir, il y a quelque temps, dans le service un malade dont le chancre s'étendait depuis le méat jusqu'aux environs du cul-de-sac du bulbe.

L'adénopathie inguinale indolente constituera un élément important de diagnostic. Pour un œil exercé, dans le cas de chancre uréthral, l'aspect de l'écoulement éveille l'attention, le palper confirme le diagnostic.

Dans quelques cas de blennorrhagie, la muqueuse uréthrale s'œdématie; les lèvres du méat s'indurent et le médecin pourrait hésiter sur la coexistence d'une blennorrhagie et d'un chancre induré; mais l'induration inflammatoire de la chaudepisse ne revêt pas absolument les caractères de l'induration syphilitique; les lèvres du méat n'ont point l'aspect sec, la rougeur sombre, la perte absolue d'élasticité que la syphilis leur donne; l'induration est plutôt molle et œdémateuse, elle n'est point aussi franchement limitée que l'induration chancreuse, elle ne tranche pas aussi nettement sur les tissus environnants et n'a surtout pas la consistance ligneuse particulière à la lésion syphilitique, l'écoulement n'est pas sanguinolent.

Le *chancre mou* de l'urèthre occupe presque toujours l'entrée même du canal ou la fosse naviculaire. On en a signalé de beaucoup plus profonds; Ricord a rapporté l'histoire d'ulcérations phagédéniques occupant les portions membraneuse et prostatique de l'urèthre, et dont la nature chancreuse semble avoir été démontrée par les résultats positifs de l'inoculation. Mais, en admettant comme incontestables des observations déjà bien anciennes, ces localisations si profondes seraient tout à fait exceptionnelles et constitueraient de véritables curiosités pathologiques avec lesquelles le clinicien n'aura guère à compter.

L'écoulement, dans le cas de chancre simple uréthral, est toujours peu abondant, beaucoup moins abondant que celui d'une blennorrhagie, moins lié, moins verdâtre; le sang se mélange souvent au pus, soit sous forme de stries, soit d'une façon plus intime en lui donnant une coloration rouillée. La douleur spontanée ou provoquée reste limitée au point occupé par le chancre. Le palper de l'urèthre n'éveille de sensibilité que dans la région où siège l'ulcération et permet assez souvent de constater à ce niveau un certain degré de gonflement inflammatoire.

Quand le chancre occupe l'entrée même du canal, il est facile, en écartant les lèvres du méat, de constater la présence d'une ulcération sur la nature de laquelle ses bords déchiquetés et anfractueux, son fond inégal, sa couleur jaunâtre ne laisseront guère de doute.

Dans les cas où le chancre situé profondément ne pourra pas être aperçu par le simple écartement des lèvres du méat, mais où cependant on se méfiera de l'existence de cette affection, il sera sage de ne point recourir à une exploration mécanique de l'urèthre; celle-ci pourrait amener une inoculation nouvelle de la lésion et une aggravation de l'état du malade; on devra pratiquer une inoculation du pus qui s'écoule du canal. Les résultats positifs ou négatifs éclaireront sur la nature de la lésion uréthrale; le même procédé de diagnostic pourra être aussi employé avec avantage dans les cas où la nature d'une ulcération, située peu profondément et perceptible à la vue, laisserait des doutes dans l'esprit de l'observateur.

Le rapprochement avec une femme ayant ses règles, fût-elle exempte de toute perte blanche, les rapports immodérés peuvent provoquer l'apparition d'une inflammation de l'urèthre qui, comme la chaudepisse vraie, n'apparaît que deux ou trois jours après que le malade s'est exposé à la cause provocatrice. Quelques différences symptomatiques séparent cependant cette maladie de la blennorrhagie virulente.

La douleur ne dépasse pas l'intensité d'un simple chatouillement à peine exaspéré par la miction urinaire. L'écoulement acquiert immédiatement l'abondance qu'il doit garder pendant toute la durée de la maladie; il est constitué par un liquide clair, rare, à peine purulent donnant lieu à une tache sans épaisseur dont le centre seul est à peine jaunâtre.

Cette maladie se prolonge souvent pendant plusieurs semaines, d'après Diday, elle est absolument rebelle à l'action du copahu et du cubèbe.

Ce serait la gonorrhée non virulente; mais je ne sache pas que jusqu'ici des observations aient été publiées dans lesquelles l'examen histologique eût été pratiqué; on ne saurait donc dire exactement quelles relations cette uréthrite peut avoir avec le gonococcus.

Diday recommande bien au médecin de ne pas se laisser illusionner par l'apparente bénignité de cette uréthrorrhée, car sa durée est toujours longue, très longue; elle peut se prolonger pendant des mois, résistant au copahu et au cubèbe, au traitement antiphlogistique et aux injections astringentes. Mais, point important! notion des plus consolantes! elle guérit toujours spontanément à un moment donné.

Ces uréthrites accidentelles ne restent pas toujours des inflammations simples et légères : le professeur Fournier a rapporté (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1863), l'observation d'un malade qui, à la suite de rapports immodérés avec une femme parfaitement saine, fut pris d'une uréthrite aussi grave, aussi intense que n'importe quelle blennorrhagie de contagion. De pareilles observations jettent le trouble dans les idées actuelles sur l'origine parasitaire de la blennorrhagie, et il serait à désirer, comme le demande le docteur Aubert, que quelques-unes pussent être complétées par l'examen bactérioscopique du pus uréthral.

Certains états généraux ont été incriminés de pouvoir devenir la cause d'uréthrites aiguës; c'est ainsi que les fluxions du rhumatisme et de la goutte pourraient, en se faisant sur le canal de l'urèthre, amener un véritable écoulement; vous trouverez dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, année 1868, l'observation, due à mon regretté collègue Martineau, d'un jeune homme rhumatisant, n'ayant jamais eu de blennorrhagie infectieuse, qui, à chaque poussée rhumatismale articulaire, était pris d'un écoulement uréthral; mais de pareilles observations sont rares et l'existence d'une blennorrhagie rhumatismale laisse encore beaucoup d'incrédules. Autant il est admis aujourd'hui que nombre de rhumatisants constituent un terrain particulièrement favorable au développement de la blennorrhagie et contractent avec une facilité extrême cette maladie, autant il est encore douteux, pour la plupart des médecins, que le rhumatisme et la goutte puissent, en se portant sur la muqueuse uréthrale, créer à eux seuls une blennorrhagie véritable; tout au plus pourraient-ils réveiller une blennorrhagie ancienne endormie ou provoquer un léger suintement muqueux. L'influence de l'herpétis, de la rétrocession des éruptions cutanées est pour le moins aussi discutée.

Les écoulements uréthraux, nés sous la seule influence d'un vice cons-

titutionnel de l'économie, seraient presque toujours des écoulements peu abondants, muqueux, durant à peine quelques jours; ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on les verrait présenter l'abondance et la purulence de la blennorrhagie véritable, se prolonger pendant des semaines et des mois. Le docteur Jamin insiste aussi justement sur ce fait que, tandis que la blennorrhagie vraie naît dans les parties antérieures de l'urèthre et n'en gagne que progressivement les parties profondes, respecte ou n'atteint que d'une façon tardive l'urèthre postérieur, c'est un fait habituel dans les écoulements diathésiques de voir les accidents marcher d'arrière en avant, des phénomènes d'irritabilité du col vésical ouvrent la scène, et ce n'est qu'après eux que l'écoulement se montre; l'ordre des facteurs est renversé.

Il vous suffira de connaître leur possibilité pour ne pas confondre avec une blennorrhagie naissante les uréthrites qu'on a vues quelquefois survenir à la suite de l'absorption de substances médicamenteuses, des cantharides en particulier, absorbées accidentellement en quantités considérables. C'est ainsi que des médecins militaires ont pu voir des pseudo-épidémies d'uréthrites survenir chez des soldats qui avaient mangé des grenouilles se nourrissant de différents coléoptères (Guyon, Boucher). Des enfants furent pris du même accident pour avoir bu une huile de foie de morue achetée chez un droguiste peu soigneux et dans laquelle des cantharides étaient tombées et avaient séjourné.

Le nitrate de potasse pris à haute dose, la poudre à fusil, en particulier, absorbée par les soldats dans le but de couper la blennorrhagie, les vins diurétiques, la scille, la térébenthine, le vin antiscorbutique (Desruelles), l'iodure de potassium, les solutions arsenicales, l'abus de la bière et du vin blanc ont parfois suscité de véritables écoulements uréthraux; mais ceux-ci, purement muqueux, peu abondants, n'ont jamais atteint l'intensité de la blennorrhagie vrai et cessent toujours rapidement avec l'uréthrite dont ils sont la manifestation dès qu'on suspend l'usage des substances nocives.

Je ne m'attarderai pas à vous indiquer le diagnostic de la blennorrhagie avec les uréthrites traumatiques occasionnées par l'introduction de corps étrangers dans l'urèthre : les malades qui viendront à vous atteints de ce genre d'inflammation, peuvent se diviser en deux grandes classes : les uns n'auront aucun intérêt à cacher la cause de leur maladie, tels sont ceux chez qui le catéthérisme répété ou la nécessité de laisser une sonde à demeure auront été cause de la maladie; tels aussi ceux chez qui un calcul arrêté dans le canal entretiendra un certain degré d'irritation; en pareil cas, le diagnostic sera toujours facile; il n'en est pas de même pour les malades qui auront intérêt à dissimuler la cause de leur mal, individus dépravés à habitudes inavouables qui se seront introduits dans l'urèthre des corps solides qu'ils n'auront pu retirer; militaires s'étant injecté, dans le canal, des substances le plus habituellement pulvérulentes dans le but de provoquer un écoulement et de simuler une maladie vénérienne qui les fasse exempter des exercices; en pareil cas, quelques indices pourront vous mettre sur la voie du diagnostic : l'écoulement, peu abondant, sera facilement teinté de sang; si le corps étranger introduit dans l'urèthre est solide et d'un certain volume, il provoquera une douleur localisée et pourra être perçu par le palper de l'urèthre; les substances pulvérulentes se retrouveront quelquefois mélangées au pus, si vous examinez le malade peu de

temps après leur injection. Dans l'un et l'autre cas, la recherche des antécédents sera le plus souvent sans utilité, puisque vous aurez affaire à des hommes qui chercheront à vous induire en erreur, et dont les renseignements seront plutôt faits pour vous égarer que pour vous mettre sur la voie de la vérité.

Des saignées et des vésicatoires dans la pneumonie,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mai 1888,

Par P. Duroziez.

Par ce temps de rénovation thérapeutique, où chaque jour apporte son médicament, on est mal venu d'étudier les anciennes médications et de montrer qu'elles avaient quelques qualités.

Dans la pneumonie, la saignée a été prodiguée par les uns, abandonnée par les autres, employée raisonnablement, peut-être un peu trop discrètement par beaucoup de médecins. Nous sommes aujourd'hui dans une période d'abstention.

Des émissions copieuses et répétées n'empêchent pas la guérison; les timides peuvent être rassurés; l'excès même peut n'être pas dangereux. Nous appelons excès les quantités que nous avons indiquées dans nos observations; nous ne parlons pas de la pratique des autres médecins, tels que Botal, Rasori et Wardrop.

Il y a des restrictions à l'emploi des émissions sanguines abondantes et même modérées. Il ne faut pas que le malade soit un alcoolique. Il ne faut pas qu'il ait 46 ans. Nos observations nous ont fixé ce chiffre de 46 ans, auquel, on le comprend, nous ne tenons pas absolument.

Avant 46 ans, chez un individu non alcoolique, on peut tirer de deux à quatre livres de sang dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge, le sexe et la force du malade.

Nous n'avons pas réussi à juguler une pneumonie traitée dès le deuxième jour, du moins par les saignées.

Le pouls doit baisser à 84 vers le septième jour de la maladie.

Le chiffre de la respiration est, en général, moins élevé dans les cas de guérison que dans les cas suivis de mort; la différence est notable. On rencontre au début des chiffres aussi élevés dans les cas que suivra la guérison que dans ceux qui seront suivis de mort. En général, quand il doit y avoir guérison, les chiffres de la respiration baissent d'une manière continue; il n'en est pas de même dans les cas de mort, les chiffres montent au lieu de baisser; quelquefois les chiffres tombent subitement le jour de la mort; mais il n'y a pas lieu de se tromper.

Les vésicatoires, dans nos observations, n'ont pas provoqué d'albuminurie chez les individus qui devaient mourir. L'albuminurie cantharidienne est liée à la guérison.

Il est bon que, à la suite de l'application des vésicatoires, les chiffres du du pouls et de la respiration baissent. Les vésicatoires ralentissent le pouls et calment la fièvre, non seulement parce qu'ils améliorent l'état local, mais surtout par le fait de l'intoxication. La cantharide administrée par l'estomac ralentit le pouls. L'intoxication cantharidienne doit être recherchée plutôt qu'évitée si la pneumonie est grave et donne des craintes.

La guérison se montrant, surtout dans les cas à albuminurie canthari-

dienne, à intoxication cantharidienne profonde, et, d'autre part, la pneumonie étant une maladie infectieuse, microbienne, nous pensons que la cantharidine pénétrant par le sang dans tous les tissus peut être un poison pour les microbes. Il y aurait lieu de voir ce que deviennent les microbes dans des bouillons auxquels on ajouterait de la cantharidine.

Les vésicatoires agissent tout différemment, suivant qu'il y a ou non retentissement sur les reins et sur la vessie. Pour calculer l'action d'un vésicatoire, il faut savoir quel a été l'effet. Y a-t-il toujours absorption de la cantharidine, seulement à des degrés différents? Nous ne saurions le dire; nous ne connaissons que l'albuminurie et les douleurs vésicales intenses comme signes de la pénétration de la cantharidine dans les tissus et dans le sang.

BIBLIOTHÈQUE

L'ALCOOL, PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE, MÉDECINE LÉGALE, par le docteur J.-A. PEETERS. Bruxelles et Paris, Manceaux et G. Carré.

Cet ouvrage est un résumé très complet de tous les travaux si nombreux qui ont été faits dans ces dernières années sur l'alcoolisme.

La première partie est consacrée à la physiologie. Après avoir étudié les propriétés de l'alcool, l'auteur montre son action sur les différentes fonctions : digestion, respiration, circulation, etc.

Dans la seconde partie se trouve la pathologie de l'alcool. Le plus grand développement est donné, avec juste raison, à l'action du poison sur le système nerveux.

La troisième partie est réservée à la médecine légale de l'alcool. On y expose les rapports entre le crime et l'ivrognerie et les différentes questions de responsabilité qui peuvent être soulevées.

Depuis l'article de M. Lancereaux, c'est là le seul travail d'ensemble paru sur l'alcoolisme. — P. C.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE PROFESSÉES A L'HÔPITAL NECKER, par J.-C. Félix GUYON. — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Le nouveau volume de l'éminent professeur présente l'étude complète d'une des parties les plus importantes de la pathologie des voies urinaires. Toujours essentiellement clinique et pratique, le maître a mis au début de son livre les leçons sur l'hématurie dans les rétentions d'urine et sur les injections intra-vésicales. On sait à quel point il a perfectionné le manuel opératoire et établi les indications de ces injections.

L'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie est un chapitre essentiellement personnel au chirurgien de Necker; c'est un sujet que, par sa pratique, plus que tout autre, il a contribué à développer.

Vient ensuite l'étude des affections de la prostate, ou plutôt des prostatiques, et ensuite celle des cystites dont les nombreuses variétés sont successivement passées en revue.

Le volume se termine par des leçons sur les prostatites aiguës et chroniques et sur la carcinose prostato-pelvienne diffuse.

M. le professeur Guyon nous promet de nouveaux volumes sur la pathologie des voies urinaires. On ne saurait trop souhaiter, pour l'honneur de la science française, de les voir bientôt publiés. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Le menthol dans la phthisie laryngée, par le docteur BEEHAG. (*Scalpel*, 1888, 5, 29.) — L'auteur se sert d'une solution dans l'huile d'olive titrée à 20 p. 100. Une

seringue spéciale, inventée et fabriquée par Gardner (d'Edimbourg), permet d'injecter le liquide dans le larynx, quand la maladie siège dans cet organe, et dans la trachée quand les poumons sont affectés. Il vaut mieux, surtout quand il ne s'agit que du larynx, faire à chaque séance deux ou trois instillations d'environ quinze gouttes chacune directement sur les parties affectées. Après chaque instillation, pratiquée en se guidant à l'aide de l'image laryngoscopique, le patient exécute de profondes inspirations qui permettent au menthol de developper rapidement tous ses effets de réfrigération et d'anesthésie. Cette méthode n'expose à aucun danger et on n'a pas jusqu'ici observé de conséquences désagréables sur l'économie.

La solution fait son chemin jusque dans les plus fines bronchioles. Les instillations doivent être pratiquées une ou deux fois par jour, pendant environ deux mois, et ce traitement combiné avec des inhalations de cette solution dans de l'eau bouillante sous forme de pulvérisations chaudes, inhalations qui seront répétées, s'il est possible, toutes les heures pendant la journée. On peut aussi verser quelques gouttes de la solution huileuse de menthol sur un tampon de coton de ouate hydrophile que le malade inhale fréquemment.

Quelques minutes après ces applications topiques, la douleur et la gêne laryngée disparaissent, et le sujet peut profiter de cette amélioration pour manger sans dysphagie.

Peu après le début du traitement, on observe une amélioration certaine dans l'état du larynx. La muqueuse prend un aspect plus satisfaisant, se nettoie, les ulcères se cicatrisent, laissent à leur place de belles cicatrices bien souples.

Malgré l'efficacité de cette méthode, l'auteur reconnaît cependant que, lorsqu'il existe une infiltration et un gonflement marqués, le traitement par l'acide lactique lui est préférable, surtout après le curettage. Le menthol est alors un adjuvant précieux.

P. N.

Emploi de l'acide chromique comme caustique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx. (*Paris médical*, 1888.) — M. Rettri, assistant à la policlinique de Vienne, rapporte un certain nombre de cas dans lesquels les affections locales des organes ont été traitées avec succès par l'acide chromique. Dans quelques cas de rhinite chronique hypertrophique, antérieure ou postérieure, on réussit, en six ou douze séances, à faire disparaître les végétations et à avoir raison de la sécrétion. Dans certains cas, ces productions se trouvaient à l'entrée de la trompe d'Eustache; on les fit disparaître et on rétablit la perméabilité du conduit.

L'hypertrophie des cordes vocales, quelquefois avec petits noyaux suspects ou même franchement tuberculeux, a cédé à quelques cautérisations énergiques.

Pour appliquer l'acide, on chauffe une sonde d'argent un peu à la flamme; avec cette sonde, on prend un cristal d'acide que l'on chauffe jusqu'à ce qu'il ait perdu son eau de cristallisation et qu'il ne reste plus au bout de la sonde qu'une mince couche adhérente de coloration rouge sombre. Si l'on chauffe plus d'une minute, l'acide devient vert et perd ses propriétés caustiques; de même quand on chauffe trop vite, il se fait une masse pâteuse d'oxyde de chrôme sans activité.

Après avoir touché les points à cautériser, on enlève l'acide en excès et on lave la plaie avec une solution à 2 p. 100 de bicarbonate de soude jusqu'à ce que l'eau ne se colore plus en jaune. Dans le nez, on emploie des douches; dans le pharynx, un gargarisme alcalin; la neutralisation est très difficile dans le larynx. Il faut recommander aux malades de ne pas avaler leur salive et de ne pas manger pendant les deux heures qui suivent l'application.

L'eschare reste en place cinq à six jours. Des végétations des cornets, du volume d'un pois, disparaissent en huit ou dix séances.

La cautérisation à l'acide chromique cause peu de douleurs, beaucoup moins que celle par le nitrate d'argent. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique informant l'Académie qu'il a reçu le rapport de M. Besnier, et qu'il en fera immédiatement exécuter les conclusions ;

2° Un pli cacheté de M. Plicque, interne à l'hôpital de Lariboisière ;

3° Deux travaux de M. le docteur Vincent, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

— M. COLIN dépose son rapport sur le projet de construction d'hôpitaux d'isolement dans la banlieue de Paris.

— M. GRÉANT lit un travail intitulé : *Recherches physiologiques sur les produits de combustion du gaz d'éclairage*. Le gaz, lorsqu'il brûle complètement, donne naissance à de la vapeur d'eau et à de l'acide carbonique. Lorsqu'on fait respirer un animal au milieu de ces produits de combustion, le sang devient plus riche en acide carbonique; l'oxygène diminue et il se produit des phénomènes d'anoxémie comparables à ce qu'on observe chez les gens vivant sur le hauts plateaux, phénomènes bien étudiés par M. le docteur Jourdanet. Tant que la combustion est complète, il ne se produit pas trace d'oxyde de carbone.

Si l'on rend la combustion incomplète, par exemple en allumant par en bas le bec de Bunsen, il ne tarde pas à se produire une odeur désagréable, due à l'acétylène. Si l'on introduit un chien dans la pièce où se fait l'expérience, au bout d'une heure et demie, il est très abattu; en deux heures, il s'est formé assez d'oxyde de carbone pour mettre l'animal en danger de mort. (Il faut modifier les dispositions de l'expérience pour la faire sans danger, parce que le gaz incomplètement brûlé pourrait être la cause d'une explosion.)

L'auteur conclut qu'on a grand tort de ne pas se préoccuper des produits de combustion du gaz dans les appartements et qu'il faut construire les appareils de façon à entraîner ces produits au dehors.

— M. CLOZIER (de Beauvais) lit un travail sur l'étiologie de la dilatation dite primitive de l'estomac et de la dyspepsie. Le point de départ de cette théorie est la remarque que les borborygmes sont stomacaux, qu'ils ne se produisent guère que chez les femmes et qu'ils sont isochrones à la respiration; ils indiquent la présence habituelle de liquide dans l'estomac. M. Bouchard a dit que 10 personnes sur 100 avaient l'estomac dilaté; cette proportion est loin d'être exacte, et l'on pourrait presque dire 100 sur 100, car les estomacs non dilatés sont l'exception. La première cause de cette dilatation est l'attitude verticale qui attire en quelque sorte l'estomac en bas; la seconde est la mauvaise hygiène, c'est-à-dire les repas trop rares et par suite trop copieux; la troisième, les troubles de sécrétion; la quatrième, enfin, l'altération de la paroi musculaire qui ne se contracte plus et reste atone.

— M. SUAREZ lit un travail sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache par la dilatation continue. Malgré les séances fréquemment répétées, il est des cas de sténose rebelle dont on ne vient pas à bout par les moyens ordinaires. Si, à l'aide d'un appareil instrumental, qu'il présente, on place dans le conduit une bougie qu'on peut laisser en place dix heures, sans empêcher le malade de vaquer à ses occupations, on peut les vaincre en quatre à six séances.

— M. CHARPENTIER fait une communication sur le curage et l'écouvillonnage de l'utérus dans les cas d'endométrite puerpérale septique. « Il a été lu récemment devant l'Académie une note de M. Doyen sur la fièvre puerpérale, et une autre de M. Widal; celle-ci, concluant à l'identité du streptocoque de l'érysipèle et de celui de la fièvre puerpérale, a

été l'objet d'une discussion. Je veux me borner à parler de l'endométrite septique qui, à mon avis, est le point de départ de tous les accidents. Nous sommes tous d'accord sur ce que, dans la fièvre puerpérale, il s'agit d'un élément étranger septique, un micro-organisme selon beaucoup, qui pénètre dans l'organisme de la malade et l'infecte. Il faut donc s'opposer à sa pénétration et chercher à le détruire dès le début. Certainement je ne nie pas l'influence du traitement général ; mais je ne lui accorde que le rôle d'adjuvant; je crois aussi à l'utilité des injections intra-utérines, bien que ce soit un moyen parfois infidèle. Nous avons une méthode encore plus sûre et plus puissante : le curage et l'écouvillonnage antiseptique de la muqueuse utérine.

Ce procédé n'est pas de mon invention. Dès 1885, M. Doléris le recommandait dans un mémoire sur le traitement de l'avortement avec rétention du placenta. Cette thérapeutique m'a donné des succès inespérés : dans six cas de septicémie grave traités de la sorte, j'ai eu cinq succès. Aussi ma conviction est faite, et je voudrais vous la faire partager. L'écouvillonnage ne suffit pas : il faut faire le raclage avec une curette demi-tranchante. Cette opération n'aggrave nullement l'état des malades, mais produit, au contraire, une amélioration rapide; il faut la pratiquer le plus tôt possible.

Voici le manuel opératoire : la femme est placée dans la situation obstétricale et maintenue par deux aides. Puis on fait un lavage vaginal avec la liqueur de Van Swieten dédoublée; l'utérus est ensuite amené à l'orifice vulvaire à l'aide d'une pince à griffes, ce qui n'est guère douloureux. Si le col n'est pas dilaté, on le dilate rapidement. Puis, après un lavage intra-utérin, on gratte la muqueuse avec une curette de Récamier un peu grande, demi-tranchante. Il faut gratter hardiment tant que l'on ramène du putrilage. Après quoi, nouveau lavage et introduction d'un écouvillon trempé dans la glycérine créosotée, auquel on donne un mouvement de vis. La perte de sang est médiocre et s'arrête facilement par l'action de la créosote. On laisse ensuite l'utérus reprendre sa place, et le vagin est bourré de gaze iodoformée qu'on change toutes les douze heures.

On a reproché à ce procédé : 1° l'abaissement de l'utérus, ce qui est sans gravité; 2° le danger de perforation de l'utérus. Il est évident qu'il faut savoir se servir de la curette; on n'a pas abandonné l'hystéromètre ni le forceps parce qu'ils ont donné lieu à de semblables accidents.

M. Guéniot : Je ne veux en rien diminuer l'enthousiasme pour ce procédé. Mais les cas moyens d'infection, pour lesquels on le propose, n'en ont pas besoin, et le plus souvent ils guérissent à l'aide des seules injections intra-utérines. Celles-ci n'exigent pas un matériel aussi considérable, et tout médecin peut les pratiquer. Le curage est, au contraire, une véritable opération nécessitant une instrumentation spéciale et des aides. C'est pourquoi il faut le réserver aux cas graves. J'ai même vu de ces cas guéris par les seules injections.

Je diviserai les cas de septicémie puerpérale en deux groupes : 1° ceux inaccessibles à nos agents locaux (péritonite généralisée, pyohémie); 2° ceux qui leur sont accessibles. A ces derniers conviennent les injections et au besoin le raclage, dont il ne faut pas abuser. Je crois que le plus souvent il s'agit non pas d'une transformation de la muqueuse elle-même, mais de la putréfaction d'un fragment du placenta.

M. Charpentier : Je suis du même avis, en ce sens que je ne veux pas faire du raclage le seul procédé. Il faut aller du simple au composé et tout d'abord faire des injections intra-utérines; elles échouent parfois, et alors il faut, sans perdre de temps, en arriver à un raclage complet suivi d'écouvillonnage et de cautérisation, pour être bien certain de ne pas laisser de matière putrescente dans l'utérus.

M. Gustave Lagneau, à propos du surmenage intellectuel et de la sédentarité des écoliers, remarque que la commission, nommée par le ministre de l'instruction publique pour y remédier dans l'enseignement primaire, suivant le rapport de M. Jacoulet, aurait demandé une diminution des heures de classe et d'étude, une augmentation des heures données aux exercices physiques et la suppression des devoirs faits à la maison.

La sédentarité et le surmenage étant beaucoup plus redoutables dans les enseignements secondaire et supérieur, le ministre, par une circulaire, vient de consulter les

professeurs sur les réformes à apporter à ces enseignements. Leurs avis devront servir à éclairer la nouvelle commission, qui est composée d'universitaires de l'enseignement secondaire, mais devrait comprendre aussi des professeurs des écoles supérieures, polytechnique, militaire, navale, forestière, désignés par les autres ministres.

Déjà, un comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation, réunit d'anciens ministres de l'instruction publique, des recteurs d'académie, des membres de l'Institut, des directeurs des écoles spéciales supérieures, ainsi que des sénateurs, des députés, des médecins.

Pour prévenir le surmenage dans l'enseignement secondaire, qui prépare, soit aux examens qui sanctionnent cet enseignement, soit aux concours d'admission aux grandes écoles qui donnent l'enseignement spécial ou supérieur, il faudrait modifier, non seulement les programmes et la répartition du temps, mais aussi les modes d'examen et les conditions de concours. Aux examens généraux, encyclopédiques, qui, en exigeant un travail excessif et peu profitable, motivent une sédentarité et un surmenage funestes pour des jeunes gens en pleine croissance, il faudrait substituer des examens partiels et fréquents, ne motivant qu'un travail régulier, modéré, profitable. Les titres et diplômes seraient obtenus d'après l'ensemble des notes méritées dans ces examens partiels.

Pour prévenir la nocuité du surmenage lors des concours, il importe que dans les programmes de concours, comme dans ceux d'examen, les exercices physiques (gymnastique, armes, équitation, exercices militaires), figurent pour un coefficient élevé à côté des sciences et des lettres. Les jeunes gens seront alors amenés à développer leurs aptitudes corporelles en même temps que leurs aptitudes intellectuelles.

FORMULAIRE

Pilules contre l'irrégularité des battements du coeur. — Browditch.

Digitale pulv.	0 gr. 50 centigr.
Semences de colchique pulv.	1 gramme.
Bicarbonate de soude	1 gr. 50 centigr.

F. s. a. 20 pilules. — Trois ou quatre pilules par jour, pour commencer ; plus tard une seule au moment de se mettre au lit. — Le traitement doit être continué de 3 à 9 mois. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Pendant son séjour au Havre, M. Carnot a décerné la croix de la Légion d'honneur à M. le docteur Fauvel, qui remplit depuis plus de vingt-cinq ans, avec une grande distinction, les fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville.

Mission scientifique. — M. Louis Wickham, interne des hôpitaux, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement dermatologique en Angleterre.

Assistance médicale. — Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté un crédit de 3,000 francs, à titre d'essai d'organisation, dans ce département, d'un service de secours à domicile pour les vieillards et les infirmes indigents.

Dans la Vienne, le Conseil général a décidé de se réunir en session extraordinaire, du 1er au 8 octobre, afin de discuter un rapport de M. le docteur Guillon sur l'organisation d'un service de médecine et de pharmacie gratuites pour les indigents. Les médecins et les pharmaciens du département seront convoqués d'ici là, afin de donner leur avis sur le projet en question, qui semble différer très peu de celui que l'Association générale a déjà adopté au mois de mars dernier.

Acide benzoïque dans les substances alimentaires. — Dans sa séance du 27 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Gabriel Pouchet sur l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires.

Le Comité, considérant que les substances ayant des propriétés antiseptiques sont nuisibles à l'évolution normale des actes digestifs, et que l'addition aux substances alimentaires de produits antifermentescibles, quelle qu'en soit la nature, est irrationnelle au point de vue de la nutrition et, en outre, capable d'occasionner un préjudice plus ou moins grave au bon et régulier fonctionnement de l'appareil digestif, a émis l'avis que l'emploi de l'acide benzoïque ne saurait être toléré pour la conservation de la bière ou d'autres substances alimentaires.

Nécrologie. — Nous venons d'apprendre avec chagrin deux morts également regrettables : O. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté, ancien élève de Ch. Robin et auteur de travaux anatomiques remarquables ; et le docteur Peut, un de nos plus excellents et sympathiques confrères du quartier des Batignolles, emporté en quelques jours par une angine diphthérique contractée au chevet d'un enfant malade.

Vaccinations et revaccinations. — Le Conseil général de Maine-et-Loire a voté un crédit de 800 francs pour remplacer le vaccin bras à bras par le vaccin de génisse du Grand-Pressigny (Indre-et-Loire).

Falsification de l'huile de foie de morue. — D'après la *Rev. intern. des Sc. Méd.*, il y aurait aux environs de Paris des industriels qui font de l'huile de foie de morue avec des *poissons pourris*, des mollusques trop vieux pour être mangés et jetés aux ordures aux Halles centrales. (*Progrès médical.*)

Empoisonnement involontaire. — Un effroyable malheur, résultat d'une erreur commise par un pharmacien, vient d'arriver à Propriano (Corse). Il y a quelques jours, le nommé Xavier Valli, charretier à Propriano, de passage à Sartène, se présentait à la pharmacie Rocaserra et demandait de la santonine pour ses enfants. Le pharmacien était en tournée pour l'inspection des pharmacies et drogueries de l'arrondissement. Son remplaçant, se trompant sans doute de bocal, au lieu du vermifuge demandé, donna de la strychnine. Jeudi, vers dix heures du soir, la dame Vailli fit dissoudre le remède dans du lait et commença à l'administrer à ses cinq enfants. Les trois premiers absorbèrent leur dose ; le quatrième âgé de onze ans, trouvant la potion désagréable à prendre, se débattit, tellement qu'il renversa ce qui restait. Le pauvre garçon sauva la vie, sans s'en douter, au cinquième enfant, une fillette de treize ans qui a seule échappé à une mort certaine. Les quatre autres, malgré une médication prompte et énergique, sont morts dans d'horribles souffrances, à quelques heures d'intervalle. Une souscription a été ouverte pour couvrir les frais des funérailles et venir en aide aux besoins de la famille. Le père, la mère et la sœur des victimes sont dans un état de prostration impossible à décrire. (*Radical*, 4 septembre 1888.)

Pharmacie ; vente ; diplôme ; propriété. — Le pharmacien diplômé doit nécessairement être propriétaire de l'officine qu'il exploite. Est nulle, en conséquence, la vente faite par un pharmacien diplômé à condition qu'il continuera à gérer l'officine jusqu'à ce que l'acheteur ait lui-même obtenu son diplôme. Est pareillement nulle la vente faite, dans les mêmes conditions, à une mère, avec stipulation que le vendeur gérera l'officine jusqu'à ce que le fils ait été reçu pharmacien. (Cour de cassation, audience du 13 août.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

De l'intoxication par les moules.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 mai 1888.

Par M. le docteur J. Dubrisay.

Messieurs,

Les faits d'empoisonnement par les moules, aujourd'hui très nombreux dans la science, ont toujours été entourés d'une certaine obscurité au point de vue de l'étiologie et ont donné lieu à des hypothèses diverses. Primitivement on a cru à une intoxication par le cuivre, à un empoisonnement par le crabe qui était venu s'implanter au milieu de la moule, à une influence nocive du frai de l'animal; ces diverses hypothèses sont aujourd'hui abandonnées, et depuis les études de Virchow et celles plus récentes de Brieger, on admet que la toxicité des moules est due à la présence d'une ptomaïne ou poison de la putréfaction. Cette ptomaïne serait produite par un état pathologique particulier de certaines moules de l'espèce ordinaire, par une sorte d'intoxication accidentelle de la moule elle-même.

Dans certains cas, on a vu des moules qui n'avaient aucune propriété

FEUILLETON

CAUSERIE

A coups de ciseaux. — Choses et autres.

En ce temps de chasse, les histoires de chiens et de chasseurs défraient les conversations, même médicales, car bon nombre de disciples d'Esculape deviennent chaque année, à cette époque, disciples de saint Hubert et se délassent volontiers de leurs devoirs professionnels par les courses en plein air, à la suite de gibiers variés. A tel point qu'on en fait souvent des gorges chaudes. Vous connaissez la suivante :

— Comment, docteur, un fusil à l'épaule; vous avez donc peur de manquer vos malades?

Et autres de ce genre. En voici une autre qui m'a semblé être un nouvel air sur un vieux thème.

Le thème, c'est l'histoire très ancienne du procédé de réduction de la luxation de la mâchoire inférieure par l'application d'un coup de poing sur la joue. Voici le nouvel air :

Un chasseur avait pour chien une bête quelque peu parente de celui de Jean de Nivelle, — je laisse de côté toute tradition historique.

Furieux de voir l'animal gagner toujours au pied, notre homme s'était si bien égosillé à crier après lui, qu'à un moment donné il avait senti une vive douleur dans les

nocive devenir toxiques quand on les transportait dans une autre localité, et revenir à leur état primitif quand on les retransportait dans la rade d'où on les avait primitivement retirées.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, le but de ma communication est de vous exposer un fait purement clinique qui présente certaines difficultés d'interprétation.

Il y a un mois, M. D... déjeunait avec un ami dans un grand restaurant de Paris. Il s'était fait servir une côtelette, 15 à 16 moules, une demi-bouteille de vin, une tasse de café. Il allait prendre son café et venait d'allumer un cigare, quand il éprouva un malaise, caractérisé par une sensation générale de chaleur, des fourmillements et de la strangulation. Il était devenu subitement très rouge. Son ami, effrayé, fit immédiatement appel à M. X..., médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté de Paris, qui déjeunait à quelques tables plus loin. Au moment où notre confrère s'approchait de lui, M. D..., le malade, se levait, essayait de prononcer quelques mots, puis subitement s'affaissait sur la chaise et perdait entièrement connaissance. Quelques minutes après, il vomissait tout son déjeuner et revenait à lui, retrouvant à l'instant sa connaissance et toute son intelligence. La scène n'avait duré que quelques minutes. Au bout de dix à quinze minutes encore, il ressentait une violente colique et s'en allait aux cabinets rendre une selle diarrhéique très abondante.

Il en revenait complètement guéri et riant de son accident, mais les mains et le front étaient le siège de très vives démangeaisons et d'une éruption subite d'urticaire. M. D... sortait du restaurant trois quarts d'heure au plus après y être arrivé bien portant et rentrait chez lui en voiture. A cinq heures et demie du soir, l'éruption et les démangeaisons avaient disparu, et, n'eût-ce été par prudence, il aurait dîné comme à l'ordinaire. Les jours suivants, et toujours depuis lors, il a été parfaitement bien portant.

Quelle est la nature de ces accidents survenus si subitement? Notre confrère X... n'a pas eu un moment d'hésitation ni sur l'heure, ni plus tard.

---

deux joues : il s'était tout simplement, comme on dit, décroché la mâchoire, accident aussi ridicule que désagréable. Par surcroît, impossible de parler, de faire entendre autre chose que des sons inarticulés et confus.

Que faire ? Il n'osait pas tenter de s'opérer lui-même. Le mieux était de retourner à la ville.

Il était déjà nuit noire quand il sonna à la porte de l'Esculape du lieu. Celui-ci était déjà couché. Il ouvrit sa fenêtre :

— Qui est là?

Le patient ne souffle mot, et pour cause, mais resonne avec l'énergie du désespoir quand il voit la fenêtre se refermer et la maison demeurer muette.

Trois fois de suite, le même manège se renouvelle sans plus de succès.

Enfin, le médecin, fatigué, croyant à une mauvaise plaisanterie et à une mystification idiote, descend à pas de loup, ouvre tout doucement sa porte et envoie à notre héros, à son client incompris, un soufflet, mais un tel soufflet à main fermée, que la mâchoire se remit du coup en place, sans autre formalité. Puis il referme aussitôt sa porte.

C'est à peine si le chasseur, abasourdi, tant de cette réception que du soulagement subit qu'il éprouva, eut le temps de crier merci du fond du cœur. Il parlait, il était guéri.

***

La rage et M. Pasteur sont naturellement souvent sur le tapis. Un chasseur, esprit fort et libre-penseur, nous a narré ce qui suit :

Pour lui, M. D... a été frappé d'une congestion cérébrale intense, d'un ictus apoplectique, absolument indépendant de l'intoxication par les moules. Il n'y a eu, pour lui, qu'un fait de coïncidence. Il appuie son diagnostic sur les considérations suivantes : M. D... a 50 ans. Il a été foudroyé par l'apoplexie. Il était, dit-il, affalé sur la chaise avec une perte absolue de connaissance. Il y avait une demi-heure à peine qu'il avait mangé quelques moules et le poison n'agit pas avec cette rapidité et ne produit pas ces symptômes terribles. La face était pâle, le cœur battait régulièrement, le pouls était large, plein et ralenti; c'était un pouls cérébral. Selon lui, les artères et le cœur sont au début d'une artériose généralisée, et cette première attaque sera suivie de plusieurs autres.

L'opinion raisonnée de notre éminent confrère me frappa vivement; je ne puis l'admettre cependant avec toutes ses conséquences. Qu'il y ait eu, comme il le dit, un ictus apoplectique, je ne le mets pas en doute, mais, quelle en est la cause et, par suite, quel en est pour l'avenir le pronostic, c'est ici que je m'écarte de son appréciation. M. D... a 50 ans, mais il est d'une santé parfaite. Depuis trente ans, je suis le médecin de la famille et jamais je n'ai eu à lui donner de soins, fût-ce pour la plus légère indisposition. Il a une hygiène excellente; il n'est pas alcoolique; son père et sa mère vivent encore âgés de 82 et de 80 ans. Il a plusieurs frères très bien portants; on ne peut voir une famille dans de meilleures conditions de santé et de constitutions.

Depuis son accident, je l'ai ausculté à diverses reprises et n'ai pas constaté le moindre trouble du côté de la circulation. L'objection tirée du peu de temps écoulé entre la perte de connaissance et l'absorption des moules ne me paraît pas péremptoire. Dans la majorité des cas, c'est, en effet, plusieurs heures après le repas que les accidents d'intoxication se manifestent, mais la règle n'est pas absolue. J'ai vu il y a quelques années un de mes clients présenter les phénomènes d'empoisonnement, alors qu'il était encore à table, avec des moules sur son assiette. Dans une discussion qui eut lieu à la Société de médecine de Berlin il y a deux ans, Virchow cite le

---

M. Pasteur est dépassé, surpassé,..... *dégoté*, sauf votre respect. C'est en suivant sa méthode d'inoculation et en perfectionnant ses procédés, que d'excellents moines sont arrivés à guérir infailliblement la rage. Voici comment et où :

Il existe dans les environs de Mons, en Belgique, terre bénie de l'ultra-cléricalisme, une abbaye où des moines de je ne sais quel ordre vivent en paix sous l'œil de Dieu. Ils soignent la rage et en triomphent, comme M. Pasteur, par l'inoculation.

Mais fi! du virus rabique! Le virus extrait de la cervelle d'un pauvre lapin, oh! Messieurs, c'est du clinquant déteint. C'était usé déjà du temps de Jenner. Il y a mieux, et voici le procédé des bons Pères, qui sont, j'oubliais de le dire, placés sous l'invocation de saint Hubert. C'est une excellente marque de fabrique.

Lorsqu'un individu est atteint de la rage, on l'amène dare dare à la pieuse maison. Après examen par les sommités médicales de l'ordre, on lui fait subir l'opération suivante :

Une légère incision est pratiquée sur son front. Dans cette incision, on dépose...

Ah! voilà, on dépose quoi? Croyez-vous que je vais vous dire ça de suite, de but en blanc? Pas si sot. Il y a un secret, avouez-le, qui vaut de l'argent. La matière inoculée n'est pas comme la liqueur de Succi : elle a fait ses preuves — comme l'eau de Lourdes. Cependant, comme il vous serait impossible de le payer ce qu'il vaut, comme, d'un autre côté, vous pourriez chercher mille ans sans le découvrir, je vais vous dévoiler le secret, la recette.

Dans l'incision pratiquée, on dépose un fragment infinitésimal, un fil de... l'étole de

fait de 18 ouvriers qui furent empoisonnés par des moules; 4 moururent, l'un d'eux trois quarts d'heure après le début des accidents, quelques heures après le repas.

M. D... avait d'ailleurs une susceptibilité toute particulière à l'endroit des moules; c'était la deuxième fois qu'il était empoisonné; beaucoup moins sérieusement la première fois; depuis lors, il est vrai, à plusieurs reprises, il avait renouvelé une expérience imprudente et n'avait ressenti aucun fâcheux effet.

En somme, tout en admettant l'ictus apoplectique, je me crois en droit d'attribuer les faits que je viens de vous exposer à une simple intoxication. Mais ces faits sont tout au moins exceptionnels, et, à ce titre, ils m'ont paru mériter d'être soumis à l'examen de la Société.

La mobilisation de l'étrier et son procédé opératoire,

Par le docteur Boucheron.

(Communication au Congrès d'otologie de Bruxelles.)

M. Boucheron (de Paris) : La nouvelle opération de la mobilisation de l'étrier est indiquée : 1° lorsque l'étrier commence à s'ankyloser et que les moyens simples de le mobiliser sont devenus impuissants; 2° lorsque la compression labyrinthique de cause externe (otopiésis) reste persistante et compromet la vitalité du nerf acoustique.

M. Boucheron a pratiqué déjà soixante fois la mobilisation de l'étrier, sans accidents, grâce à l'antisepsie, sauf quelques otorrhées.

La période favorable pour l'opération, c'est le début de l'ankylose de l'étrier; c'est-à-dire le moment où l'audition de la parole, à haute voix moyenne, est encore entendue et comprise à 1 mètre de distance, et où les harmoniques de la parole (voix murmurée) sont entendus à 0m50 à 0m75. Alors la mobilisation de l'étrier produit une audition de la parole à haute voix à 3 mètres, 4 mètres et même 5 mètres. (Avec l'ouïe normale, la parole est entendue, dans ces conditions, à 15 mètres et 20 mètres.)

Il n'est plus temps d'opérer, quand l'ankylose de l'étrier est devenue osseuse, ou que les terminaisons du nerf acoustique sont écrasées et altérées par l'excès de pression.

---

saint Hubert, — c'est comme je vous le dis, — et la cicatrice se referme, et le malade est guéri. Guéri infailliblement.

Voilà...

L'habileté des moines de Saint-Hubert est à noter. Dégoter M. Pasteur, en suivant sa méthode ordinaire, n'est pas un procédé commun. S'approprier les découvertes de la science pour en faire les facteurs de leur système d'abêtissement est une invention remarquable et qui laisse loin derrière lui le vieux jeu des cléricaux rétrogrades; c'est le progrès.

*
**

Tout le bruit qu'on a fait depuis quelques années autour de la rage et des morsures de chiens a détraqué déjà pas mal de cerveaux faibles et probablement prédisposés. En voici un exemple rapporté par les journaux politiques de ces jours derniers :

Un homme âgé d'une quarantaine d'années, M. V..., se présentait hier vers cinq heures du soir, au bureau de M. Ringeval, commissaire de police du quartier de l'Arsenal. Introduit dans le cabinet de ce magistrat, il lui faisait la déclaration suivante :

« Je suis enragé, arrêtez-moi ; j'ai été mordu il y a deux mois au cours d'une rixe, par un de mes camarades, tourneur en cuivre, comme moi, nommé B... »

Le fait était exact.

V... avait été réellement mordu à l'époque qu'il indiquait par B..., qui avait été arrêté et envoyé au Dépôt. Mais le fait curieux de l'affaire, c'est que la femme et la fille

Procédé opératoire. — 1° Antisepsie du conduit auditif externe et cocaïnisation; 2° myringectomie de la moitié postérieure de la membrane tympanique; 3° dislocation de l'enclume d'avec l'étrier à l'aide d'un crochet (pour les cas moins graves, cette dislocation n'est pas faite); 4° mobilisation de l'étrier dans le sens de la décompression soit par traction légère avec un crochet simple, à double courbure en équerre, soit avec un crochet double, ébranlant l'étrier de haut en bas et d'avant en arrière, dans le sens de la traction du muscle de l'étrier; 5° ténotomie du *tensor tympani;* 6° ablation facultative du marteau et de l'enclume. (Dans cette manœuvre, la corde du tympan est assez souvent tiraillée ou rompue, et alors le goût disparaît pour quelque temps dans les deux tiers antérieurs de la moitié correspondante de la langue. Ce qui indique le passage des nerfs gustatifs dans la corde du tympan.)

Comme un certain nombre de maladies qui produisent le mécanisme de l'otopiésis sont des maladies à rechutes, il peut arriver que la compression labyrinthique se reproduise. Aussi le traitement de la cause, goutte, rhumatisme, syphilis, catarrhe infectieux ou *a frigore*, etc., doit être prescrit concurremment à l'opération. L'opération peut être renouvelée.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann-V. Zeissl, revu par M. V. Zeissl. Traduit et annoté par le docteur Paul Raugé. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Ce traité est depuis longtemps classique en Allemagne, et est surtout remarquable par la précision et la clarté de ses descriptions.

La place donnée à la théorie pure a été assez réduite pour que l'auteur ait pu s'étendre sur la clinique des affections vénériennes avec les plus grands détails. Sur quelques points, les idées de Zeissl diffèrent de celles qui sont le plus répandues en France, mais le traducteur, auquel on ne saurait reprocher qu'une trop grande modestie dans sa préface, a su, dans des notes savantes, les mettre en regard des opinions admises chez nous.

Celui qui désire apprendre complètement les affections vénériennes ne saurait prendre de meilleur guide que le livre de Zeissl. — P. C.

---

de B... avaient été mordues par un chien enragé dans le courant du mois de mai, et qu'elles avaient été soignées à l'Institut Pasteur. D'où l'idée fixe chez lui que B... était enragé et lui avait donné son mal.

M. Ringeval conseilla à V... de rentrer chez lui, et le fit suivre par son garçon de bureau.

A peine V... fut-il sorti du commissariat qu'il fut pris d'une crise nerveuse sur le boulevard Henri IV. Après avoir mordu une petite fille, il s'est précipité sur un arbre dont il cherchait à arracher l'écorce avec les dents. Le garçon de bureau du commissariat qui le filait s'empara de lui avec l'aide de deux gardiens de la paix et le conduisit au poste. Dans le violon V... s'est mis à mordre les ferrures et le bois, présentant tous les caractères apparents de l'hydrophobie. Dans la soirée, il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt, où on a dû lui mettre la camisole de force.

C'est réellement un singulier cas de folie.

*
* *

Voici un autre effet, moins grave, mais bien plus rare et plus curieux, causé par la morsure d'un chien. Il s'agit d'un nègre dont la peau se décolora peu à peu et en fit un homme blanc, ou à peu près.

Ce nègre, nommé Joseph Daniel, né dans l'Etat de Kentucky (Etats-Unis) de parents entièrement noirs, était noir en venant au monde, et il resta noir jusqu'à sa seizième

De l'ozène trachéal, par le docteur Luc. — Paris, Steinheil, 1888.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Il existe une variété de trachéite observée habituellement en concomitance avec l'ozène nasal, mais pouvant évoluer indépendamment de lui, caractérisée par la fétidité de ses sécrétions dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux ;

2° Les croûtes sont autochtones, nées sur place ;

3° L'ozène trachéal se manifeste cliniquement par l'expectoration, surtout le matin, de crachats verdâtres, visqueux, épais, exhalant l'odeur *sui generis* de l'ozène par la persistance de la fétidité de l'haleine, après le lavage des fosses nasales, enfin par ce fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez ;

4° Le diagnostic ne pourra être solidement posé qu'après l'examen laryngoscopique ;

5° L'ozène trachéal aggrave très notablement le pronostic de l'ozène nasal en rendant les lavages naso-pharyngiens impuissants à faire disparaître la fétidité de l'haleine.

On peut, grâce à des inhalations de vapeurs ou de liquides pulvérisés, opérer le ramollissement, puis le détachement des croûtes adhérentes aux parois trachéales, mais on les voit se reformer, pour peu que le traitement soit suspendu. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

De la septicémie intestino-péritonéale, paa F. Verchère. (*Revue de chirurgie*, juillet 1888.) — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Toute lésion de l'abdomen, accidentelle ou chirurgicale, avec ou sans lésion de l'intestin, peut s'accompagner de phénomènes précoces, caractéristiques et constants.

Ces phénomènes sont : un météorisme très rapide et considérable, une altération profonde des traits, une indolence abdominale spontanée et à la pression, une rétention plus ou moins complète des gaz et des matières, une température normale ou au-dessous de la normale pendant tous le cours de l'affection, jusqu'aux moments qui précèdent la mort ; le thermomètre monte alors brusquement à 39,5, 40°. Le pouls est petit, très fréquent. Enfin des vomissements bilieux, parfois fécaloïdes, des nausées, des régurgitations se montrent presque dès le début. L'anorexie est absolue, la soif intense.

---

année. A cette époque, il fut mordu à la tête par un chien ; le chien étant bien portant, les blessures n'eurent, en apparence, rien de sérieux.

Il faut noter cette circontance que Daniel, n'ayant pas vu s'approcher l'animal dont nous ne savons pour quelle raison il excitait la colère, fut pris à l'improviste.

Deux semaines après, de singuliers changements commencèrent à s'opérer en lui ; ses cheveux grisonnèrent, tout son corps devint moins noir, puis quelques taches entièrement blanches apparurent ; elles grandirent ; et enfin, à l'âge de 20 ans, il présentait l'aspect que voici :

A part la place de la morsure, qui mérite une description particulière, et quelques petites taches noires de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de vingt centimes disséminées sur le sternum et les deux poignets, tout le corps est blanc. La face est en partie blanche et en partie d'un brun foncé. Le front, à l'exception de tâches irrégulières, est entièrement blanc. Un cercle de même couleur d'environ deux centimètres de large entoure tout le visage, dont le bas, à partir du nez, est blanc, sauf deux bandes noires, l'une à la lèvre supérieure en guise de moustaches, l'autre à la lèvre inférieure. Une troisième bande traverse le nez et rejoint sur les deux joues des taches de même couleur. L'intervalle compris entre les yeux est noir. Enfin, les oreilles sont couvertes de petites taches brunes.

Bref, un masque de singe grotesquement maquillé plutôt qu'une figure humaine.

La peau du crâne est blanche ; la chevelure, courte, frisée, est en partie noire, en partie grise.

A l'autopsie, on ne trouve aucune des lésions de la péritonite. Une rougeur vive du péritoine, parfois un peu d'épanchement brunâtre, fétide, quelquefois des gaz. La distension intestinale est considérable. La putréfaction est très rapide.

La marche de l'affection est rapide, huit, dix, douze jours, moins cependant que la péritonite aiguë; parfois dans les trois ou quatre premiers jours il n'y a d'autre phénomène que le facies abdominal, le météorisme et la constipation. Puis tous les phénomènes graves éclatent brusquement et la mort survient.

Ces phénomènes se rencontrent identiques dans toute occlusion intestinale, hernie étranglée ou étranglement interne. Ils doivent être dus aux mêmes causes. Ce sont des pseudo étranglements. Au début, les phénomènes de péritonitisme suivent le traumatisme, puis déterminent ou une paralysie de l'intestin pour certains auteurs, ou une occlusion mécanique par coudure de l'intestin météorisé pour d'autres, d'où résorption des produits septiques de l'intestin et septicémie intestino-péritonéale.

Le diagnostic est évident dans la plupart des cas, et il était nécessaire de distinguer cette entité morbide de la péritonite avec laquelle elle a toujours été confondue.

Les indications thérapeutiques découlent naturellement de la cause primitive, de la septicémie intestino-péritonéale et de la pathogénie qui lui a été assignée. — P. C.

L'ergotine dans la tuméfaction de la rate, par le docteur FINNA. (*Revue de thérapeutique.*) — M. Finna relate l'observation d'un malade qui, ayant subi les atteintes de la malaria, avait la rate considérablement tuméfiée. Sous l'influence de trois injections d'ergotinine de la valeur de 45 milligr. chacune, pratiquées à des intervalles de plusieurs jours, cette tuméfaction de la rate se dissipa complètement. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Microbisme et abcès : classification de ces derniers, par M. le professeur VERNEUIL. — Lorsqu'une grande idée surgit dans la science, il est rare qu'elle ne modifie pas dans une mesure quelconque les notions dites *classiques* et qu'elle ne jette pas un nouveau jour sur les questions qui semblaient les mieux connues.

C'est bien, à coup sûr, le cas du microbisme qui, malgré la date récente de son intro-

---

Daniel n'a jamais été malade. A 25 ans, il épousa une négresse et en eut un fils bien formé, robuste, noir comme sa mère.

A quelle cause attribuer les phénomènes?

Un médecin a rattaché à une brûlure grave un changement partiel de couleur qu'il eut occasion d'observer chez un nègre. On connaît plus d'un exemple de cheveux devenus blancs à la suite d'émotions violentes. Le saisissement éprouvé par Daniel détermina-t-il un trouble nerveux dont l'état pathologique offert par lui fut la conséquence? C'est ce que pense l'auteur de l'observation, M. le docteur Hénore, de Saint-Louis (Etats-Unis).

***

On n'a peut-être pas oublié qu'un médecin grec a proposé, au dernier Congrès d'ophthalmologie tenu à Paris, de traiter les ophthalmies ou conjonctivites par le *léchage*, qui a donné d'excellents résultats dans certains districts de la Grèce.

Mais le léchage par l'homme peut rencontrer certaines répugnances. Pour y obvier, un médecin américain vient de faire du chien un instrument de guérison en utilisant ce procédé, sans connaître probablement la proposition de notre confrère.

Partant de ce fait, que le paysan blessé ou endolori donne à lécher sa plaie ou sa foulure à son chien, il a étudié les principes qui faisaient de la langue de cet animal un agent de soulagement et de guérison.

Ses conclusions sont tellement avantageuses pour l'espèce canine, qu'il ouvrira très prochainement une station thérapeutique de chiens.

duction dans la pathologie, n'en a pas moins déjà révolutionné presque toutes les parties.

Certes, s'il est une affection fréquente, observée et décrite depuis des siècles et sur laquelle on croirait qu'il ne reste presque rien à dire, c'est bien l'abcès vulgaire, résultant de l'accumulation du pus dans une cavité circonscrite naturelle ou accidentelle. Or il est facile de montrer que, dans ces dix dernières années, son histoire s'est enrichie de données précieuses autant que neuves, et qui conduisent à une thérapeutique dont l'étiologie forme la base solide.

Jusqu'à ces derniers temps, on s'accordait à dire que l'abcès se compose de deux parties : le contenu et le contenant; en d'autres termes, le pus et la cavité qui le renferme; — que, de ces deux parties, la première est de beaucoup la plus importante, parce qu'il n'y a pas d'abcès sans pus et que, macroscopiquement, c'est le pus qui caractérise l'abcès; — que la cavité contenante, au contraire, est accessoire, puisque c'est le pus qui la forme mécaniquement en écartant les tissus en cas d'abcès interstitiels ou parenchymateux, ou qui la remplit simplement quand elle préexiste, comme en cas de collection dans les séreuses ou les muqueuses ; — que, à la vérité, cette cavité présente, en certains cas, une paroi propre, spéciale : la membrane pyogénique, néo-organe pathologique paraissant sécréter le pus, mais qu'on ne saurait regarder comme partie nécessaire de l'abcès, puisque, d'une part, elle n'est point constante et que, de l'autre, elle suit et ne précède jamais la formation du pus ; — que le pus, produit morbide composé, comme le sang, d'un sérum tenant en dissolution des matières organiques et des sels minéraux, et en suspension des éléments figurés visibles au microscope, est anatomiquement caractérisé par ces derniers, appelés *globules purulents* ; — que ceux-ci, longtemps regardés comme éléments hétéromorphes de nouvelle formation, sans analogues dans l'économie, ne sont, en réalité, que les leucocytes du sang ou les cellules migratrices du tissu conjonctif, constatation d'identité qui mettait fin aux débats sur l'origine la nature et le mode de formation des globules de pus, désormais considérés simplement comme des éléments normaux en hétérotopie et en hypergenèse.

Tout en fournissant les caractères principaux de la suppuration, y compris sa pathogénie, ces données n'indiquaient pas encore les causes réelles de la pyogénèse et n'expliquaient point pourquoi, ni sous quelle influence les globules blancs du sang traversaient les parois vasculaires pour se collecter dans les espaces conjonctifs ou les

---

La localité où il s'établit, près de Zurich, prendra le non Zungenbad (littéralement : *bain de langue*).

Les chiens de toutes espèces seront à la disposition des malades, blessés, blessées, névrosés, névrosées et, suivant l'ordonnance du docteur, lècheront les parties souffrantes pendant un temps fixe. La nourriture de ces sympathiques auxiliaires de la science sera étudiée, et des aliments appropriés leur seront servis par des domestiques surveillés.

On cite déjà des cures merveilleuses qui présagent un succès de vogue à Zungenbad.

Le « léchage » sera un sport tout comme un autre, et nos élégants et nos élégantes des villes d'eaux ne manqueront certainement pas de mettre aussi ce pèlerinage à la mode.

***

Les suicides dans les hôpitaux sont chose assez rare. Il est rare surtout qu'ils aient lieu dans des circonstances aussi dramatiques que celui dont l'hôpital Tenon a été récemment le théâtre.

Un journalier septuagénaire, nommé Pierre Dagbert, marié et père de six enfants, avait été admis à l'hôpital il y a environ quinze jours.

Ce malheureux, atteint d'une hypertrophie du cœur, souffrait beaucoup et, à plusieurs reprises, avait exprimé à ses compagnons de douleur l'idée que la vie, dans ces conditions, n'était pas possible.

cavités préexistantes (1); pourquoi ni sous quelle influence les cellules migratrices rares et éparses dans l'état normal se produisent parfois en quantité dans un temps fort court.

On savait, sans doute, qu'il existait des rapports étroits entre la suppuration et l'inflammation, mais on ne pouvait pas faire de celle-ci la cause constante de celle-là, puisqu'on voit plusieurs sortes d'abcès (abcès froids et métastatiques) se former sans être précédés d'aucun phénomène inflammatoire.

On admettait aussi que le pus n'était pas toujours identique et qu'avec les mêmes apparences extérieures il possédait des propriétés pathogènes si diverses, que tantôt, formé ou introduit dans l'organisme, il ne déterminait aucune réaction sensible, tantôt au contraire provoquait des phénomènes inflammatoires locaux et généraux intenses, ou agissait même à la façon des matières infectieuses ou virulentes; mais on connaissait mal la raison de ces différences.

Bref, les choses en étaient là et la pyogénèse restait fort obscure lorsque intervinrent les recherches microbiennes sur la suppuration.

Bien qu'avant 1878 plusieurs auteurs (1872-1875), Klebs, Nepveu, H. Bergeron, aient signalé la présence de micro-organismes divers dans le pus des abcès profonds, c'est surtout après que notre illustre confrère M. Pasteur eut trouvé et décrit dans l'eau commune un vibrion qui, cultivé, isolé et inoculé à un animal, faisait naître une maladie comparable à la pyohémie, que ces recherches se multiplièrent à l'infini à l'aide de trois méthodes qui se contrôlent et se prêtent un mutuel appui, savoir : l'examen microscopique avec emploi de matières colorantes, les cultures et les inoculations.

Or, voici ce que ces études ont appris déjà :

1° Le pus n'est plus exclusivement caractérisé au point de vue anatomique par ses globules, car on y découvre aussi des éléments figurés tout particuliers qu'on peut reproduire à volonté et multiplier *in vitro* comme dans les tissus vivants des animaux et qui appartiennent au règne microbique.

2° Ces microbes sont, sinon constants, du moins si fréquents, qu'ils semblent inséparables de la pyogénèse et en constituent, suivant toute vraisemblance, la cause unique et réelle, hypothèse à peu près démontrée par ce fait, qu'introduits expérimentalement dans l'organisme, les microbes susdits y font naître la suppuration et les abcès.

(1) La diapédèse montre le mécanisme, mais n'indique pas la cause première du phénomène, car elle ne révèle pas sa propre cause.

Vers dix heures du soir, Dagbert, qui avait remarqué que son voisin de droite se servait, pendant ses repas, d'un couteau en forme de serpe, très affilé et très tranchant, se leva doucement, alla prendre l'arme, se recoucha et, sans qu'on pût le voir, car il eut le soin de ne pas soulever sa couverture, se tailla d'une façon horrible la poitrine et le ventre avec le couteau qu'il venait de dérober. Bientôt, les plaintes du malheureux attiraient l'attention de l'infirmier de service.

Dagbert, dont les intestins étaient sortis du ventre, fut transporté de la salle Axenfeld, où ce drame s'était passé, à la salle de chirurgie. Les soins les plus empressés lui furent donnés, mais, après deux heures de souffrances épouvantables, il expira.

Détail curieux : Dagbert, né en 1817, âgé de 71 ans par conséquent, avait absolument l'extérieur d'un homme de 45 ans tout au plus; les cheveux, la moustache et la barbe ne grisonnaient même pas.

Pendant mon séjour à l'hôpital Lariboisière, un malade également atteint d'une affection cardiaque, accompagnée de douleurs continues et rebelles, tenta de se suicider en s'enfonçant un couteau dans le cœur à coups de crachoir. Attirés par le bruit, ses voisins et les infirmiers l'arrêtèrent dans sa tentative; mais peu après, il se précipita du deuxième étage dans la cour et se tua.

*
* *

Cas fréquent de diplopie, pour finir.

3° Le pus est tantôt *mono-microbique*, ne présentant qu'une espèce de micro-organisme, tantôt *poly-microbique*, c'est à-dire contenant à la fois plusieurs genres et espèces différents : micrococques, bactéries, vibrions, bacilles, etc. Dans le premier cas, nul doute possible sur la propriété pyogène du microbe observé ; mais, dans le second, impossibilité de décider encore si tous les microbes constatés ou seulement quelques-uns d'entre eux sont capables de provoquer la suppuration.

4° Jusqu'à solution de ce dernier problème, il convient provisoirement de répartir les microbes observés jusqu'ici dans les abcès en deux catégories.

On peut placer dans la première ceux qu'on rencontre si souvent, si régulièrement, si uniquement dans les suppurations superficielles, interstitielles et cavitaires, qu'on est autorisé à les croire normaux et nécessaires, sinon exclusifs : *microbes pyogènes proprement dits* (micrococques et diplocoques diversement groupés et colorés, streptocoques, zooglées, staphylocoques orangés, citrins, blancs, etc.).

Et dans la seconde, les micrococques, bactéries, vibrions, bacilles, etc., que sans doute on rencontre dans le pus, mais fortuitement, irrégulièrement, tandis qu'ils existent normalement dans l'organisme en l'absence de tout processus pyogénique et en dehors de tout foyer de suppuration, soit qu'ils proviennent directement du dehors, qu'ils habitent une cavité naturelle, ou qu'ils aient envahi l'économie tout entière, comme cela arrive chez les sujets ayant été ou étant encore en proie à une contamination locale ou à une maladie générale infectieuse; microbes inconstants, anormaux, hétérotopes en quelque sorte, et que, par opposition à ceux de la première catégorie, on peut nommer *microbes accidentellement pyocoles*.

Les études dont je viens de donner une idée sommaire n'ont certes pas dit leur dernier mot, et je reconnais si bien les lacunes qu'elles présentent que je les poursuis depuis quelque temps avec l'aide et le concours de mon habile chef de laboratoire, M. le docteur Clado. Néanmoins, j'affirme que, dès à présent, elles ont fourni des résultats importants, ne serait-ce que d'avoir complété la théorie de la formation du pus; car on peut dire que la découverte de la cause d'un processus morbide constitue toujours un grand progrès.

Je n'aborderai pas aujourd'hui tous les points de l'histoire des abcès que les recherches microbiennes ont élucidés et permettent d'éclairer davantage encore. Laissez-moi seulement en indiquer un seul: je pense qu'à l'aide des notions acquises on peut, chose plus utile qu'on ne le croit, remplacer les anciennes classifications des abcès, basées plutôt sur l'observation clinique que sur l'origine des causes et la nature du mal, par un grou-

---

Un pochard, raconte *Un Domino*, passe sur le boulevard et bouscule violemment un passant.

— Vous ne pouvez donc pas faire attention! Vous ne me voyez donc pas!

— Mais si! Même que je te vois double!

— Eh bien, alors...

— Eh bien, je voulais passer entre vous deux! SIMPLISSIME.

POTION CONTRE LES OREILLONS. — Bouchard.

Acide phénique	0 gr. 50 centigr.
Sulfate de quinine	2 grammes.
Acide salicylique	2 —
Rhum	125 —

Faites dissoudre. — A donner en huit doses, d'heure en heure, dans la forme grave des oreillons. — N. G.

pement plus naturel et fort simple d'ailleurs, fondé sur l'étiologie de la pyogénèse, aussi bien que sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du contenu et du contenant des abcès.

En conséquence, j'admettrai la division suivante :

1° *Abcès simples*, développés sous l'unique influence des microbes pyogènes normaux et ne renfermant qu'eux seuls à l'exclusion de tous les autres ;

2° *Abcès infectés*, nés sous l'influence, soit des microbes pyogènes normaux, soit des microbes pyocoles accidentellement pyogènes (je laisse la question indécise), mais en tout cas caractérisés par la présence de ces derniers, avec toutes les conséquences de cette juxtaposition microbienne.

Je ne voudrais pas paraître découvrir la Méditerranée et je m'empresse de reconnaître que de temps immémorial on a décrit un pus légitime, pur, bénin, de bonne nature et d'autres pus impurs, infectants, virulents, putrides, etc.; de même, en regard des abcès dits *idiopathiques*, indépendants de tout état pathologique antérieur, développés chez des sujets sains à la suite d'un trauma ou d'un refroidissement et guérissant sans laisser de traces, on a placé d'autres abcès, dits *symptômatiques*, apparaissant dans le cours ou à la suite de diverses maladies générales, infectieuses, pyohémiques, puerpéraux, varioleux, typhoïdes, etc.

Mais, avant les études microbiennes, les deux colonnes, si elles étaient ouvertes, n'étaient ni bien circonscrites ni exactement remplies : on eût certainement fort embarrassé l'anatomo-pathologiste le plus habile en lui demandant de distinguer le pus de bonne nature du pus infecté avec le seul secours du microscope et des réactifs chimiques. Le chirurgien le plus expérimenté eût été souvent dans la même impuissance, tandis que de nos jours, daus maints laboratoires de la capitale ou de la province, un élève instruit et exercé pourra indiquer en quelques jours, sinon même en quelques heures, la provenance et les propriétés d'un pus soumis à son examen.

Pour ne citer qu'un exemple, il suffit de rappeler qu'il y a peu d'années encore les chirurgiens considéraient les abcès froids, quand ils ne provenaient pas d'une altération du squelette, comme moins graves que les abcès chauds et que moi-même, discutant en 1871 sur le pus pur et impur, je donnais comme type du premier précisément ce pus des abcès froids, sans songer que, s'il n'était ni pyogène ni phlogogène, grosse question agitée à cette époque, il avait en revanche la redoutable propriété d'être virulent à un haut degré et d'engendrer ou de propager la tuberculose.

Au demeurant, peut-être les recherches que je vante si fort et la classification que j'en déduis seront jugées plus utiles si je mets sous vos yeux la liste des abcès coïncidant avec une maladie générale, virulente ou infectieuse et en contenant les germes.

Déjà MM. Cornil et Babès, dans leur important ouvrage *les Bactéries*, avaient donné quelques indications dans la phrase suivante :

« Les arthrites suppuratives secondaires aux infections généralisées montrent, dans le liquide puriforme qu'elles contiennent, les microbes propres à ces maladies générales », et ils citent la blennorrhagie, la pyohémie, la morve, la fièvre puerpérale, l'ostéomyélite, etc. (2e édition, p. 345, 1887).

Mais depuis le nombre s'est singulièrement accru, comme on en pourra juger par le tableau suivant : Abcès érysipélateux, abcès puerpéraux, abcès pyohémiques, abcès septicémiques, abcès septiques ou gangréneux, abcès saprogènes, abcès morveux et farcineux, abcès typhoïdes, abcès malariques, abcès urineux, abcès blennorrhagiques, abcès tétaniques, abcès tuberculeux, abcès de la lèpre, abcès de la filariose, abcès de l'actinomycose.

Donc seize variétés déjà et la liste n'est certes pas close; on n'y voit pas figurer, en effet, les abcès qu'on observe chez les varioleux, les rubéoliques, les syphilitiques, pas plus que ceux qui succèdent aux chancres mous, parce que les microbes de ces diverses maladies n'ont pas encore été isolés et qu'on n'a pu étudier les qualités virulentes de leur pus par la méthode des inoculations, les maladies susdites n'étant pas transmissibles aux animaux.

On fera certainement des découvertes dans ce champ nouveau en examinant toutes

les variétés possibles des abcès, et, comme preuve, j'indiquerai en terminant une très curieuse observation recueillie récemment dans mon service par le docteur Clado.

Ayant eu l'occasion d'ouvrir un abcès de l'extrémité du doigt et d'en examiner aussitôt le pus, il y découvrit, non sans surprise, avec les microbes pyogènes ordinaires, un des microbes de la salive, la spirille. Pour s'expliquer le fait, il interrogea soigneusement le malade et apprit de lui que l'abcès était survenu à la suite d'une écorchure faite au doigt par le crochet d'une pièce prothétique supportant des dents artificielles.

Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que tout abcès survenant chez un sujet atteint d'une maladie infectieuse renfermera nécessairement le microbe correspondant, mais seulement qu'il pourra le renfermer, et cela dans une proportion et avec une fréquence que de nombreuses observations sauront seules établir. Il est permis cependant d'avancer que toute maladie infectieuse ou virulente à microbes spécifiques, alors même qu'elle ne compte pas la suppuration parmi ses processus habituels, peut déverser les microbes susdits dans des abcès développés sous des influences banales.

Dans une commnnication ultérieure, je chercherai à montrer l'importance de ces notions au point de vue de la thérapeutique des abcès.

COURRIER

Par décrets, en date des 8 et 14 septembre 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Widal, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger.

Nécrologie. — Un savant, un des hommes les plus illustres de notre époque, qui était en Allemagne un des représentents les plus autorisés des sciences physiques, M. Rudolph Clausius, estimé partout et bien connu en France, vient de mourir, le 25 août 1888, à Bonn, où il était professeur de physique à l'Université. Il était âgé de 66 ans.

Né à Koeslin (Poméranie), Clausius étudia à Berlin, où il fut quelque temps privat-docent. D'abord professeur de physique à l'Ecole d'artillerie de Berlin, il fut ensuite appelé à Zurich pour enseigner la même science à la nouvelle Ecole Polytechnique de cette ville. Il resta 10 ans en Suisse, puis revint en Allemagne et fut nommé à Wurzbourg, avant de demeurer définitivement à Bonn.

On lui doit une foule de travaux importants, des plus divers, mais portant surtout sur la nature et les lois de la *chaleur*. Il est l'auteur du second théorème de la théorie mécanique de la chaleur, appelé *Théorème de Carnot*, et c'est lui qui lui a donné ce nom. Il est un de ceux qui ont le plus contribué à faire avancer la science sur ce sujet. Ses mémoires ont paru principalement dans les *Annales de Poggendorf* ; ceux relatifs à la chaleur ont été réunis en un ouvrage traduit en français : *Théorie mécanique de la chaleur*. Clausius, dont les théories ont été discutées en France par Hirsch, était membre correspondant de l'Institut depuis 1865, dans la section de mécanique, et avait obtenu en 1882 le grand prix Poncelet. (*Progrès médical.*)

La désinfection des crachoirs. — L'Assistance publique vient de faire procéder, à l'hôpital Lariboisière, à l'installation d'un appareil destiné, par un nouveau procédé d'antisepsie, à la désinfection des crachoirs mis en usage dans les services des tuberculeux.

Cette innovation doit être appliquée, dans un avenir très prochain, à tous les services hospitaliers de la Seine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhée et spermatorrhée.

Traitement local dans la blennorrhagie aiguë et dans la blennorrhagie chronique (1).

Messieurs,

Par ce que j'ai dit dans la dernière leçon, vous avez vu que, dans la blennorrhagie aiguë, la grande difficulté de diagnostic est de décider d'emblée si certaines irritations uréthrales encore mal caractérisées sont destinées à devenir des blennorrhagies vraies ; il est aisé de confondre avec celles-ci des écoulements tels que les écoulements diathésiques ou ceux du chancre induré, du chancre mou; mais, dès que votre attention aura été éveillée sur la possibilité d'une uréthrite non blennorrhagique, il vous sera facile de ne pas faire fausse route; le peu d'abondance de l'écoulement, son manque de purulence vraie, son caractère hémorrhagique éveilleront votre méfiance et l'examen local de l'urèthre, la connaissance des antécédents du malade vous garantiront de toute erreur.

Le malade atteint de blennorrhagie aiguë vous offre une base d'opération importante, un point de repère capital, c'est l'écoulement purulent de l'urèthre qui, par suite de son abondance et de sa continuité, peut être facilement vu à tout instant de la maladie, apprécié à sa juste valeur; le blennorrhéique, tout au contraire, ne vous fournira pas ou ne vous fournira que de loin en loin cet élément de diagnostic; sa goutte n'existe que le matin, pas toujours même tous les matins, et, quand il vient vous consulter, il n'a le plus souvent à vous offrir que ses récits, le fruit de sa propre observation. Ce n'est que dans la minorité des cas que vous aurez l'occasion d'observer par vous-même la goutte, d'en apprécier les caractères et, si vous ne vous méfiez pas de votre client, si vous en acceptez sans contrôle les récits et les appréciations, il vous entraînera facilement dans l'erreur.

Quand le malade viendra se plaindre d'une goutte militaire, vous arriverez assez facilement encore à fixer votre diagnostic, à établir la nature et la valeur de cette goutte; tâchez en tout cas de voir celle-ci, recherchez dans quelles conditions la maladie a commencé; et, dans toute blennorrhée, dans toute uréthrite chronique antérieure ou postérieure à la

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23, 28, 30 août, 11 13, 18 et 20 septembre 1888.

naissance de laquelle une blennorrhagie franchement aiguë n'a pas présidé, méfiez-vous d'une uréthrite diathésique et, en particulier, d'une uréthrite tuberculeuse; celle-ci n'est, en effet, pas une maladie rare; mais, en pareil cas, les accidents non précédés d'une période franchement aiguë débutent habituellement par l'urèthre postérieur, s'y localisent pendant un certain temps et ne donnent que tardivement ou ne donnent jamais lieu à un écoulement uréthral; des phénomènes de cystite du col, des hématuries marquent le début des accidents, de même que l'hémoptysie marque le début de la phthisie pulmonaire; enfin, il est le plus souvent permis de constater l'existence d'une tuberculose génitale ou prostatique.

Le diagnostic de la tuberculose uréthrale sera d'une difficulté particulièrement grande chez les sujets chez qui l'affection tuberculeuse des voies urinaires paraît succéder à l'irritation qu'une blennorrhagie vraie a laissée derrière elle, de même qu'une bronchite simple semble quelquefois provoquer l'explosion d'une tuberculose pulmonaire; en pareil cas, ce n'est qu'en voyant la maladie se prolonger, la vessie ou les organes génitaux devenir tuberculeux qu'on aura l'attention appelée sur la nature vraie de la soi-disant goutte militaire.

La recherche du bacille dans le pus uréthral ne donnera le plus souvent que des résultats fort infidèles, et le microbe manquera dans la plupart des préparations.

Un certain nombre de blennorrhéiques viendront se présenter à vous sous une étiquette tout autre que celle de leur maladie véritable, ils se plaindront de pertes séminales. Quelques malades, vivement préoccupés de l'écoulement muqueux de la goutte militaire, en arrivent à croire que ce mucus clair et filant ne saurait être autre chose que leur sperme qui s'échappe; d'autres élèvent à la même hauteur les filaments et les flocons qu'ils ont pu découvrir dans leur urine; il ne vous faudra pas un interrogatoire bien subtil pour dépister une telle illusion; il vous suffira d'avoir entendu dans quelles conditions se produisent les pertes dont votre malade se plaint, pour arriver à reconnaître que vous vous trouvez en présence d'une grossière erreur d'interprétation. Beaucoup plus excusables dans leurs illusions, et beaucoup plus capables de vous entraîner dans leur erreur sont les malades, atteints d'uréthrite postérieure, qui viendront vous faire la même déclaration. Vous vous rappelez comment, chez eux, le pus s'échappe d'une façon intermittente tantôt par une véritable éjaculation, tantôt à l'occasion des efforts de la défécation ou à la fin de la miction urinaire.

En voyant ce liquide visqueux, plus ou moins opaque, qui s'écoule par moments, le malade, trompé par la similitude d'aspect, croit voir s'échapper la liqueur séminale, et la perspective d'une telle affection devient facilement pour quelques-uns un tourment de chaque instant, ils se plaisent à repasser dans leur esprit la série des maux, heureusement plus imaginaires que réels, que l'opinion populaire prédit à ceux qui sont atteints de pareille infirmité.

Dans les malades qui viendront se plaindre à vous de pertes séminales, vous trouverez plus de blennorrhéiques que de vrais spermatorrhéiques, plus de malades qui ne feront que vider d'une façon intermittente leur urèthre postérieur ou leur prostate chroniquement enflammés que de malades rejetant le contenu de leurs vésicules séminales, rejetant un liquide renfermant véritablement des spermatozoïdes.

Il y a, en effet, dans la tribu des spermatorrhéiques deux grandes classes qu'il est absolument nécessaire de bien distinguer l'une de l'autre, la variété chirurgicale et la variété médicale; Lasègue, qui connaissait si bien ces sortes de malades, se plaisait à insister sur la nécessité de cette distinction : le spermatorrhéique chirurgical est un spermatorrhéique par accident, un spermatorrhéique incomplet; à la suite d'une affection inflammatoire des voies urinaires, il a gardé un état d'irritation subaiguë des voies urinaires; il en résulte pour lui ces rejets intermittents de muco-pus qui accompagnent l'uréthrite postérieure ou la prostatite chronique, quelquefois aussi, quand l'irritation a gagné les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, de véritables éjaculations. le rejet trop facile d'un sperme vrai, surtout la nuit. Cet accident exerce parfois une influence désastreuse sur le moral du blennorrhéique; beaucoup de ces malades, cependant, ne se tourmentent que modérément de la complication qui les atteint : tout autre est le spermatique médical.

C'est un adulte; il a atteint l'âge de 25 à 40 ans; un jour, il vient à vous honteux et désespéré; il a des pertes séminales qui se répètent une fois, deux fois, trois fois par semaine, par mois, par an! La nuit, après un rêve, il s'est senti mouillé; le lendemain, il était brisé de tous les membres, souffrant des reins, absolument incapable de rien faire. Jamais il n'a eu d'antécédents pathologiques uréthraux; jamais il n'a contracté la blennorrhagie, et pour cause! il ne s'est pas exposé à la contagion; se méfiant de lui-même et craignant un affront, il s'est condamné à l'inaction. L'origine de son malheur, il la connaît : un jour, il y a de longues années, au collège, il a connu l'onanisme: celui-ci ne fut pour lui qu'un fait accidentel, une aberration d'un jour, et n'a jamais été habitude. Dans cet oubli d'un instant, le spermatorrhéique voit pourtant l'origine de tous ses maux; à cette journée si éloignée, il attribue et la faiblesse de ses appétits génésiques, et le fonctionnement imparfait de son appareil génital. Le spermatorrhéique rapporte à ses pertes séminales tous les troubles de santé habituels ou accidentels qu'il éprouve, les imperfections de sa santé générale et celles de son système nerveux; n'acceptez pas sa version, il met la charrue avant les bœufs, il se trompe et vous vous tromperiez avec lui en acceptant ses idées; la spermatorrhée n'est pas la cause de l'infériorité nerveuse du malade, elle en est la conséquence; le spermatorrhéique vrai n'est qu'un individu mal portant, à système nerveux mal équilibré, naturellement faible ou artificiellement épuisé, chez qui une excitabilité exagérée amène des pertes séminales faciles que le malade apprécie avec un verre grossissant, car il est foncièrement hypochondriaque.

Né de parents à système nerveux fautif, il est un nerveux lui-même; il n'est pas rare que, dans son enfance, il ait eu de l'incontinence d'urine; d'un caractère plutôt mélancolique, il a, à l'âge de la puberté, reporté sur son système génital le besoin qu'il avait de faire du noir; d'une imperfection, d'une faiblesse, il a fait une monstruosité : ce qui prouve combien il exagère, c'est que si, dans un jour de hardiesse qu'il appellera un jour de faiblesse coupable, il se marie, il fera des enfants tout comme un autre, mieux que certains fanfarons. Vous verrez des gens absolument vigoureux et irréprochables de santé avoir pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, après de grandes fatigues, après un surmenage du système nerveux, des pertes séminales faciles; qu'il leur soit accordé un peu de repos et un peu de tranquillité, tout rentrera dans l'ordre; le vice de fonctionne-

ment que le spermatorrhéique possède à l'état chronique par suite d'un vice congénital de son système nerveux, ils l'ont eu à l'état aigu, et d'une façon accidentelle et acquise; il leur a cependant beaucoup manqué pour mériter le titre de spermatorrhéiques; ils ton supporté avec philosophie un mal que l'autre, hypochondriaque de naissance, noircit à plaisir.

Le spermatorrhéique véritable est donc un malade en partie double; sa maladie se compose de deux facteurs, un système nerveux imparfait entraînant un trouble fonctionnel quelquefois bien léger de l'appareil génital, une imagination portée à l'hypochondrie et exagérant considérablement l'imperfection génitale dont le malade est atteint. Le spermatorrhéique chirurgical pourra quelquefois se rapprocher sur ce point du spermatorrhéique médical; il en différera toujours par l'origine même des accidents qui, dans un cas, sont la conséquence d'une inflammation accidentelle de l'appareil génito-urinaire; dans l'autre, d'un vice du système nerveux.

Vous savez maintenant, Messieurs, les conditions les plus ordinaires dans lesquelles se présenteront à vous les malades atteints de blennorrhagie chronique : les uns se plaindront d'avoir la goutte militaire; d'autres demanderont à être soulagés des envies fréquentes d'uriner qui accompagnent chez eux la cystite du col; quelques-uns seront particulièrement tourmentés par l'existence dans leur urine de ces filaments ou de ces bouchons muqueux qui accompagnent l'inflammation chronique de l'urèthre; d'autres, enfin, se préoccupent de ces pertes qui, rappelant plus ou moins les pertes séminales, se reproduisent tantôt spontanément, tantôt à l'occasion de la défécation ou de la miction urinaire.

Chez chacun de ces malades, il vous faudra, dans un interrogatoire détaillé, établir que le malade est véritablement atteint d'uréthrite chronique, car il est des esprits inquiets qui, à la suite d'une chaudepisse, ne peuvent se décider à croire qu'ils soient guéris et qui accusent une goutte militaire qu'ils ne possèdent pas; il vous faudra rechercher l'ancienneté de la maladie, vous assurer qu'une blennorrhagie aiguë a bien réellement ouvert la série des accidents, préciser le volume et tous les caractères objectifs de la goutte, la fréquence des besoins d'uriner ou celle du rejet du pseudo-sperme, ce qu'il reste de douleur; jusqu'à quel point et sous quelles influences la maladie est susceptible de reprendre par moments les caractères de l'acuité.

Il faudra prendre bien garde de vous contenter des récits qui vous auront été faits : il faudra tâcher de voir par vous-même, tâcher de voir le plus possible; vous chercherez à obtenir que le malade se présente à vous porteur de sa goutte; vous examinerez, au besoin au microscope, les masses d'aspect spermatique rejetées spontanément ou au moment de la défécation; vous examinerez les urines en ayant soin de faire, suivant le procédé de Thompson, uriner le malade dans deux verres successifs; par le contenu du premier, vous jugerez les produits formés dans le canal et entraînés par le premier jet d'urine; par le dernier, vous apprécierez jusqu'à quel point la vessie est intéressée dans le processus inflammatoire.

Il vous faudra enfin déterminer avec le plus de précision possible le siège de l'inflammation : pour arriver à ce résultat, vous vous livrerez à un examen méthodique du canal; la méthode que vous nous voyez employer ordinairement est celle recommandée par le professeur Guyon,

Vous introduirez dans le canal un explorateur à boule de volume moyen

(nº 15 ou 16); vous le poussez jusque vers le milieu de la portion spongieuse et puis le ramenez au méat en suivant la paroi inférieure ou la paroi supérieure; de cette exploration des parties les plus antérieures de l'urèthre, l'instrument ne ramène, en général, pas de sécrétion; car, comme je vous l'ai dit, dans la blennorrhée les lésions occupent ordinairement les parties profondes de l'avant-canal. Introduisant de nouveau l'instrument, vous le poussez jusque dans le cul-de-sac du bulbe, c'est-à-dire que vous vous arrêtez au moment où l'explorateur lutte contre le sphincter uréthral; généralement alors la boule revient couverte de pus, car c'est en ce point que l'inflammation siège ordinairement.

On répète à deux ou trois reprises cette manœuvre, en ayant soin de tourner et retourner chaque fois la petite olive dans le cul-de-sac bulbaire, afin de la bien imprégner du muco-pus accumulé dans cette cavité. Quand on a de cette façon nettoyé l'urèthre antérieur de toute sécrétion morbide, on fait pénétrer la boule exploratrice dans l'urèthre postérieur en forçant le sphincter membraneux; si la sonde revient sans ramener de sécrétions pathologiques ou si celles-ci ne s'écoulent pas dans la minute qui suit l'exploration, c'est que l'urèthre postérieur est indemne.

Il faut avoir grand soin, pendant que vous pratiquez le cathéthérisme de l'urèthre, de noter s'il n'existe pas en quelque point du canal un certain degré de rétrécissement ou une sensibilité exagérée; celle-ci vous aiderait à préciser le siège de l'inflammation, dont elle constitue une des manifestations.

M. Aubert ne croit pas le procédé du professeur Guyon à l'abri de toute critique; le nettoyage de l'urèthre antérieur serait difficilement complet; on pourrait, par suite de ce nettoyage imparfait, porter, de l'urèthre antérieur dans le postérieur, une petite quantité de pus susceptible de provoquer l'inflammation de celui-ci; on pourrait aussi, en ramenant la sonde après exploration de l'arrière canal, ramasser chemin faisant du pus oublié dans l'urèthre antérieur et croire à une uréthrite postérieure qui n'existerait pas. Aussi le chirurgien de l'Antiquaille conseille-t-il de faire, avant de pratiquer l'examen de l'arrière-canal, un lavage complet de l'avant-canal, et voici comment il le pratique : il introduit dans l'urèthre un tube de caoutchouc du calibre d'une sonde nº 10 de la filière Charrière; à travers ce tube, il pousse un liquide antiseptique jusqu'à ce que celui-ci s'écoule absolument pur et n'entraîne plus aucune sécrétion uréthrale; il est quelquefois nécessaire, pour arriver à ce résultat, d'injecter 500, 600, 700 grammes de liquide; ce n'est que lorsque l'avant-canal a été ainsi minutieusement nettoyé qu'on peut pratiquer en toute tranquillité l'examen de l'arrière-canal.

Le docteur Eraud pense qu'avec le procédé du professeur Guyon, il est facile de prendre pour du pus la graisse qui a servi à oindre la sonde et qui revient émulsionnée sur le talon de celle-ci.

La manière de procéder du docteur Aubert est peut-être plus rigoureusement scientifique, mais celle du professeur Guyon est beaucoup plus pratique et suffisamment exacte dans la vie ordinaire; il est bon cependant de connaître les reproches qui lui ont été adressés et ses petites imperfections, on arrivera ainsi facilement à éviter les dangers et les erreurs d'interprétation auxquels elle pourrait soi-disant conduire.

Après avoir examiné le pus rejeté, après avoir établi par le cathéthérisme le siège même de l'inflammation, il sera nécessaire de rechercher

l'état d'intégrité ou de maladie de la prostate et des organes génitaux; c'est en vous appuyant sur ces différentes notions que vous pourrez instituer un traitement rationnel de la maladie.

Il faudra, avant tout, chercher à modifier l'état général si vous croyez qu'une diathèse, rhumatisme, scrofule, etc., soit la cause de la durée longue de la maladie; il faudra chercher à obtenir un changement d'habitudes s'il paraît y avoir dans la vie du patient des vices d'hygiène.

Le traitement balsamique, si utile dans la blennorrhagie aiguë, n'a le plus souvent qu'une action bien légère et fort contestable sur la blennorrhée; dans la blennorrhagie aiguë, c'est en employant les médicaments à hautes doses que vous aurez le plus de chance de remporter un succès; dans la blennorrhagie chronique, il sera préférable, au contraire, d'employer les balsamiques à doses peu élevées et d'en prolonger pendant longtemps l'administration; en agissant ainsi, vous verrez quelquefois, à la longue, la médication exercer sur la maladie une influence progressivement favorable; mais, en général, chez les vieux blennorrhéiques, en vain le copahu succède au cubèbe, le santal au woodoil, le goudron à la térébenthine, la médication interne ne réussit pas plus à diminuer la sécrétion purulente que les excès ne parviennent à en réveiller l'acuité. Le véritable traitement de la blennorrhagie chronique, c'est le traitement local.

Les conditions de votre intervention seront ici différentes de ce qu'elles sont dans la blennorrhagie aiguë; dans celle-ci, vous combattez le plus ordinairement des inflammations étendues et superficielles,

Dans la blennorrhée, tout au contraire, vous avez affaire à des lésions localisées, mais plus profondes; aussi les procédés les plus avantageux seront-ils ceux qui vous permettront de porter localement des médicaments plus actifs, de localiser votre action en la rendant plus énergique.

Je ne ferai que vous mentionner le porte-caustique de Lallemant, l'ingénieux endoscope de mon maître, M. Desormeaux, les bougies et les pulvérisations médicamenteuses; ce sont des procédés dont on ne saurait contester l'utilité, mais ils me paraissent devoir céder le pas aux méthodes plus courantes dont je vais maintenant vous entretenir, et qui sont les injections, les lavages et les instillations.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler des injections à propos de la blennorrhagie aiguë, mais il ne sera pas inutile, je crois, d'y revenir, de nous arrêter sur la manière de les pratiquer, pour éviter les dangers qu'elles peuvent présenter lorsqu'elles sont mal faites.

Depuis que nous connaissons l'influence considérable qu'il convient d'attribuer au muscle uréthral sur l'évolution et l'extension des maladies de l'urèthre, tous les médecins sont plus que jamais d'accord sur l'importance qu'il y a à ne pas pratiquer aveuglément les injections, à ne pas s'exposer en les projetant trop violemment à chasser de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur les produits pathologiques accumulés dans celui-là. Deux procédés sont recommandés pour éviter ce danger. Les injections peuvent être faites à canal fermé ou à canal ouvert : les premières se font en maintenant le méat fortement appliqué contre le bec de la seringue, de manière à empêcher l'échappement du liquide par le méat pendant qu'on pousse l'injection dans le canal; les secondes, au contraire, se font en laissant passer librement le liquide entre le méat et la seringue pendant tout le temps qu'on pousse l'injection.

Pour pratiquer sans danger l'injection à méat fermé, il faut d'abord

injecter lentement la moitié du liquide contenu dans la petite seringue de verre ordinairement affectée à cet usage, ou, pour parler plus exactement, environ 5 centim. cubes de solution; on maintient le liquide injecté pendant deux ou trois minutes dans le canal, et, après l'avoir laissé s'écouler, on injecte la seconde moitié du contenu de la seringue qu'on laisse également séjourner deux ou trois minutes dans l'urèthre. Pour assurer la pénétration du médicament dans le cul-de-sac du bulbe, il sera bon, pendant que le liquide est maintenu dans le canal, d'en faciliter la progression en pratiquant avec les doigts d'avant en arrière des pressions douces sur le trajet de l'urèthre pénien : chez les vieillards, en raison de la flaccidité des parois uréthrales et en particulier du cul de-sac bulbaire, il faut une quantité de liquide moindre pour arriver au résultat poursuivi (Jamin).

Pour pratiquer les injections à canal ouvert, le docteur Aubert conseille d'introduire dans l'urèthre un tube mince de caoutchouc souple de 12 à 14 centimètres de longueur et du n° 10 de la filière Charrière. Ce tube non graissé, mais simplement mouillé dans le liquide de l'injection, est introduit doucement avec des doigts propres et bien lavés, et va tout près du fond de l'urèthre antérieur. On lui laisse dépasser le méat de 1 à 2 centimètres, on adapte à son orifice externe le bec de la seringue, que l'on peut, dans ce cas, remplir sans inconvénient, et l'on pousse alors l'injection par le tube en ayant soin de laisser le méat ouvert. Le liquide va nécessairement jusqu'au fond de l'urèthre antérieur et revient sortir librement par le méat ne laissant ainsi échapper à son action aucun point du canal.

Dans les cas où l'on n'emploie pas le tube de caoutchouc, il faut pousser un peu fortement l'injection pour assurer sa pénétration dans les parties profondes de l'urèthre. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la papayotine dans le traitement des fissures de la langue par le docteur Schwimmer. (*Revue de th. gén. et thermale*, 1888.) — L'auteur a eu recours avec succès à des applications de papayotine dans des cas de fissures de la langue qui avaient résisté aux applications d'acide chromique, d'iodoforme, de nitrate d'argent. Il s'est servi d'une solution dont voici la formule :

Papayotine	1 ou 2 parties.
Glycérine	àà 10 grammes.
Eau distillée	

M. — Faire, chaque jour, cinq ou six applications de ce mélange sur les fissures préalablement desséchées. Résultats : 25 cas de guérison sur 24 traités. Dans le vingt-cinquième cas, où la lésion était d'origine syphilitique, il y a eu amélioration après échec de la médication spécifique. — P. C.

Moyen de corriger la saveur amère de la quinine, par le docteur Hugo Engel. (*Gazeta medica de Grenada* et *Répertoire de pharmacie*, juin 1888.) — La formule suivante est recommandée par l'auteur :

Sulfate de quinine	1 partie.
Chlorhydrate d'ammoniaque	1 —
Réglisse pulvérisée	1 —

Mêlez intimement les deux dernières substances, préalablement réduites en poudre, incorporez-les au sel de quinine et faites un électuaire avec un peu de sirop ou de miel. — P. C.

Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, par le docteur V. Augagneur. (*Province médicale*, 1888, 29.) — Voici les conclusions de l'auteur :

1° La kérato-conjonctivite dite des scrofuleux est une affection de cause externe;

2° Dans presque tous les cas, elle succède à une rhinite;

3° La rhinite est elle-même la conséquence d'une inoculation de cause peut-être variable, la rougeole et le coryza rubéolique, plus habituellement de l'inoculation du virus de l'impétigo du cuir chevelu;

4° Le traitement de l'ophthalmie est singulièrement abrégé et rendu efficace par la désinfection des fosses nasales et l'emploi des poudres antiseptiques. — P. N.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887.)

19 octobre. — M. Daniel Mollière présente des pièces anatomiques provenant d'un malade de son service. Ce malade était porteur d'une tumeur implantée sur la muqueuse du rectum dont le volume était suffisant néanmoins pour occuper tout le calibre de l'intestin et empêcher le cours des matières. Cette tumeur, étant susceptible d'être enlevée, fut sectionnée, en effet, à l'aide d'une anse métallique serrée autour du pédicule; la tumeur, une fois enlevée, fut reconnue pour être un cancer mélanique. Mais le malade succomba bientôt, bien qu'ayant éprouvé tout d'abord un mieux sensible.

A l'autopsie, on trouva un foie triplé de volume et présentant à la coupe une série de noyaux noirs. Il existait également sur le péritoine et dans les espaces intercostaux une série de petites tumeurs mélaniques, de même que dans le tissu osseux des vertèbres.

Il est à signaler l'existence d'un noyeau mélanique dans le myocarde et sur le péricarde; et, chose extraordinaire, au milieu de ces foyers de généralisation, on trouve les poumons absolument sains.

Le cancer mélanique du rectum est exceptionnel.

Il faut noter ce fait extraordinaire : l'intégrité des poumons après généralisation au foie, au péritoine, aux vertèbres.

— M. Condamin, interne des hôpitaux, rapporte au nom de M. le docteur Sordet, de Saint-Germain (Saône-et-Loire), une observation de brûlure de la bouche par une fusée. Il s'agit d'un homme qui, le 14 juillet 1887, contemplait le feu d'artifice en ouvrant les yeux et aussi la bouche. Un paquet de fusées placé à vingt pas de lui fut enflammé par une étincelle. Les fusées partirent dans diverses directions et deux d'entre elles l'atteignirent au visage. L'une lui frappa l'œil gauche où elle détermina une cataracte traumatique avec une rupture de la zone de Zinn avec issue de l'humeur vitrée entre le cristallin et l'iris; l'autre lui entra dans la bouche en cassant les incisives; un de ses voisins lui retira de la bouche la fusée qui avait pénétré jusqu'au pharynx en causant des brûlures assez étendues sur le voile du palais, la luette et aussi une portion considérable de la langue. La poudre qui causa la brûlure était d'un pouvoir comburant et explosif faible, en raison de la composition à donner aux flammes colorées.

— M. Condamin présente une malade du service de M. Poncet, atteinte de *scrofulides végétantes*, probablement de nature tuberculeuse, siégeant à la face dorsale de la main et au bras gauche. Cette malade, chez laquelle on ne trouve pas de signe de scrofule, eut, il y a trois ans, une verrue siégeant sur l'index gauche. Cette verrue, traitée d'abord par l'acide sulfurique, puis enlevée au bistouri par le docteur Truchot, se reproduisit en prenant des caractères un peu différents. Ce furent des végétations épidermo-papillaires qui se greffèrent tout autour de cette plaie. Puis, peu à peu, comme s'il y avait eu des inoculations successives, de nouveaux îlots végétants apparaissent sur la ace dorsale de la main et sur tout l'avant-bras. Ces dernières présentent les carac-

tères d'écrouelles cutanées ordinaires; elles ont le caractère moins végétant que celles de la main. Dans certains points de l'avant-bras, on trouve des cicatrices de lésions semblables, actuellement guéries; en face de ces lésions, on ne peut penser qu'à la syphilis ou à la tuberculose. Les renseignements fournis par la malade, et même l'aspect des lésions ne sont pas en rapport avec la première hypothèse. On doit donc penser à des scrofulides tuberculeuses à forme végétante.

— M. Eraud lit au nom de M. Trossat un travail intitulé : *Une épidémie de pneumonie chez des enfants*. Depuis un mois, il n'y avait pas de pneumonie dans le village et l'épidémie a pris naissance dans la salle de l'asile maternel. Le premier cas est survenu le 28 février, et les 8 autres ont apparu une semaine plus tard et se sont déclarés dans l'espace de cinq jours; 9 enfants sur 25 ont été atteints. L'épidémie, qui avait commencé sur les bancs de l'asile, ne s'étendit pas aux autres enfants de l'école qui occupaient une salle contiguë; la contagion se fit également sur place, et pas un des petits malades ne transmit la maladie à ses parents non plus qu'à ses frères et sœurs. Tous les enfants ont guéri. Deux fois seulement la pneumonie a été précédée d'une toux légère dont la durée n'a pas dépassé deux jours; dans les autres cas, il n'y avait aucun symptôme pouvant faire prévoir l'invasion de la maladie pulmonaire. Dans les 9 cas, la fluxion de poitrine occupait la base du poumon gauche sans jamais s'étendre aux autres parties de l'organe. Il n'y a jamais eu de grippe antérieure.

2 novembre. — M. Rafin présente un jeune malade atteint de *lupus du nez* guéri par des attouchements d'acide lactique. Le début s'est fait il y a huit ans; au moment où le malade est entré à l'hôpital, il y a cinq mois, les lésions étaient très avancées; l'aile gauche du nez était à moitié rongée, l'intérieur rempli de croûtes. On employa d'abord les cataplasmes de farine de lin pour faire tomber les croûtes: puis on toucha d'une façon répétée les surfaces avec une solution d'acide lactique à 80 p. 100. Actuellement la muqueuse nasale est encore un peu altérée, mais il n'y a plus d'ulcérations. Il existait un peu de catarrhe du sac lacrymal, qui a subi une légère recrudescence, puis a disparu, sauf un peu d'épiphora qui persiste. On a déjà traité dans le service de M. Léon Tripier quatre cas d'ulcérations rebelles avec la solution d'acide lactique et avec un résultat heureux. L'action se produit en détachant les bourgeons charnus et on n'a pas à craindre la diffusion du liquide sur les partiesvoisines.

— M. Bouveret présente un fait d'un très grand intérêt au point de vue de la doctrine des localisation cérébrales. Il s'agit d'une observation de *cécité consécutive à un ramollissement embolique* de la surface corticale de la face interne des deux lobes occipitaux. Selon toute vraisemblance, le ramollissement a été déterminé par une embolie arrivée du cœur dans les artères cérébrales postérieures par la vertébrale. La perte de la mémoire et l'obscurcissement de l'intelligence sont imputables à l'œdème cérébral; il en est de même de l'hémiplégie.

Quoi qu'il en soit, ce ne sont là que des phénomènes accessoires, et il faut insister exclusivement sur la perte subite et complète de la vision, survenue consécutivement à une altération de la substance corticale sur la surface interne du lobe occipital. Ce fait unique dans les annales de la science confirme les idées de Munck sur l'existence, dans cette région, d'un centre en communication avec la rétine. Dans les 40 observations publiées par Séguin (de New-York) dans les *Archives de neurologie*, on en trouve quatre absolument comparables à celles-ci; mais les altérations n'ont toujours porté que d'un seul côté, et, par suite, il n'y a jamais eu cécité complète, mais seulement hémianopsie.

Enfin, la cécité absolue avec intégrité de la face externe du lobe occipital tend à prouver que le siège des perceptions lumineuses doit être localisé exclusivement sur la région interne.

— M. Albertin présente les pièces anatomiques d'un malade du service de M. Poncet. Il s'agit d'une *fistule stercorale* siégeant à gauche et consécutive à une hernie étranglée. A l'autopsie, on trouve une ancienne ostéo-arthrite tuberculeuse guérie, une caverne cicatrisée au sommet du poumon, des petits foyers caséeux ramollis du rein, des ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

— M. Albertin présente les pièces anatomiques d'un malade du service de M. Gangolphe. Il s'agit d'un *cancer de l'œsophage* traité par la gastrostomie. Les suites immédiates furent simples, mais le malade mourut deux jours après dans la cachexie. La lésion la plus remarquable à l'autopsie était une congestion énorme des poumons.

M. Gangolphe dit qu'il n'a opéré qu'à son corps défendant, la mort étant la règle. On peut rapprocher la congestion pulmonaire observée de celle de la hernie étranglée.

— M. Orsel présente un *goitre* du poids de 750 grammes qui a été extirpé ce matin par M. Poncet.

M. Poncet insiste sur ce point que la thyroïdectomie est une bonne opération qui est relativement facile, mais, pour cela, il est nécessaire d'avoir un jour complet. Il faut faire de grandes incisions; c'est depuis qu'il fait l'incision en T qu'il peut opérer en quarante ou cinquante minutes; le malade perd peu de sang. Il faut sectionner tout le plan musculaire; on arrive alors directement sur le corps du délit.

Les cas de myxœdème ont fait rejeter la thyroïdectomie. Il y a cependant des ndications pressantes : c'est lorsqu'il y a des accidents de suffocation, et ces déformations de la trachée qui ne peuvent être amoindries autrement. Dans ces cas, M. Poncet opère malgré les chances de myxœdème. Il faut une ablation complète, car, d'abord, il n'y a pas de lobe que l'on puisse énucléer sans chance de grosse hémorrhagie, et ensuite c'est dans les parties profondes que l'on trouve ce tissu cicatriciel qui comprime la trachée. Après l'opération, il y a immédiatement une aphonie qui peut durer quatre à six mois, quoique le récurrent ne soit pas intéressé.

9 novembre. — M. Chassagny présente une malade atteinte d'une *déformation curieuse de la main gauche* paraissant tenir à l'atrophie de la tête du troisième métacarpien. Le médius est plus court que les autres doigts; à la main gauche, les têtes des métacarpiens sont un peu gonflées; c'est ce qui s'est passé sans doute à la main gauche au début. La malade habite Lamure, dans un local très humide; lorsqu'elle est arrivée à Lyon, elle était dans un état très débilité; elle a été améliorée par les phosphates et les ferrugineux.

— M. Givre présente une *tumeur de la région sous-maxillaire* enlevée le matin par M. D. Mollière à une femme de 48 ans. Ce dernier croit qu'il s'agit d'un myxome de la région parotidienne, véritable rareté.

— M. Mayet présente un nouveau *sérum conservateur* pour la numération des globules du sang, dont la formule est : solution de phosphate de soude à 2 p. 100, à laquelle on ajoute du sucre jusqu'à ce que l'on ait un liquide d'une densité de 1085.

M. Mayet a essayé l'action sur les globules d'un certain nombre de sels neutres en solutions plus ou moins étendues, 1, 2, 3, 5 et 10 p. 100.

Il a constaté les propriétés conservatrices des sels suivants en solution à 1 et 2 p. 100 : phosphate de soude, sulfate de soude, chlorure de sodium, sulfate de magnésie, bicarbonate de soude, chlorure de calcium. La conservation n'est qu'apparente, car les globules, tout en gardant leur forme, leur transparence et leur homogénéité, ont perdu leur élasticité et sont devenus rigides. Tout cela conduit à la condamnation des injections salines intra-veineuses.

— MM. E. Weill et Chabannes communiquent une observation de *fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine et terminée par la mort.*

(Cette observation, ainsi que la discussion très importante dont elle a été l'origine, ont été résumées par nous dans l'*Union.*)

16 novembre. — M. Bergeon présente une jeune fille traitée par M. Garel pour *ulcération tuberculeuse du larynx* La guérison a été obtenue, mais la malade est restée aphone; sous l'influence des lavements gazeux, elle a retrouvé la voix. Un deuxième malade, présenté par M. Bergeon, est un curieux exemple du développement que font prendre au périmètre thoracique les lavements d'acide carbonique.

— M. Grandclément montre un jeune homme atteint de *kératite parenchymateuse double* très améliorée par le massage et quelques douches de vapeur sur les yeux.

— M. Paillard présente les *poumons avec granulations tuberculeuses* d'un individu mort avec tous les signes d'une pneumonie à la base.

— M. Orcel présente la main d'une malade amputée le matin dans le service de M. Poncet, et qui portait une *tumeur probablement épithéliomateuse* sur le dos de la main. L'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras a été pratiquée, parce qu'il n'y avait pas de ganglions épitrochléens ni axillaires.

23 novembre. — M. Cordier lit la relation d'une *épidémie de paralysie infantile*. Isolément, les 15 cas que l'auteur a recueillis ne présentent qu'un médiocre intérêt, mais, dans leur ensemble, ils offrent matière à remarque. Tous les malades, qui sont des petits garçons et des petites filles ne dépassant pas 30 mois, ont été frappés dans les mêmes proportions et avec la même gravité. Chez le plus grand nombre, il s'est déclaré une fièvre violente en rapport avec l'étendue des lésions médullaires. Une manifestation assez caractéristique, et que les auteurs ne rapportent pas dans la description de cette maladie, a été constatée : ce sont des sueurs très abondantes qui n'ont point apparu chez les enfants qui ont succombé au nombre de quatre. La paralysie a été assez violente pour en empêcher certains de crier et de téter. Un est resté pendant cinq jours inerte et flasque. La mort des quatre enfants est survenue à la fin du troisième jour. Jusque-là, les lésions médullaires sont donc envahissantes. Ainsi, cette paralysie est assez souvent mortelle; elle paraît être d'autant plus grave que les malades sont plus petits.

Dans tous les cas relatés, l'amélioration a été progressive.

Pour expliquer l'épidémie, il faut évidemment admettre une cause générale. L'infection ne semble pas se faire par les aliments ou les boissons. Certains enfants qui tétaient simplement ont été atteints. Il faut plutôt songer aux voies respiratoires, à un air contaminé. La période d'incubation est parfois très courte, puisqu'on a vu l'affection gagner un jeune enfant au bout de sept heures. — P. C.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Une épidémie de jaunisse a Glasgow. — M. Russell a observé cette épidémie en juin et juillet derniers, sur cinq familles habitant dans Parkhead. Un homme de 36 ans succombait le 8 juillet et on attribuait son décès à l'ictère avec atrophie jaune du foie. Son fils, âgé de 14 ans, tombait malade le 7 juillet et succombait bientôt avec les symptômes de l'ictère. Un autre enfant, de 2 à 3 ans, succombait le 13 juillet à un « catarrhe gastrique avec congestion du foie et ictère ». Le 14 juillet, nouveau décès avec les mêmes symptômes d'un enfant de deux ans et demi. Dans une seule famille habitant le même quartier, six enfants furent atteints d'ictère. M. Russell compare cette épidémie d'ictère à celles dont Hirsch a donné la description dans sa géographie médicale, et place la cause de ces épidémies de famille et de maison dans l'insuffisance du drainage et la stagnation des eaux ménagères.

L'incinération des immondices en Amérique. — On vient de construire, à Chicago, un nouveau crématoire, destiné à l'incinération des ordures. Jusqu'ici un seul four a été terminé, en vue de détruire le contenu de vingt voitures ; mais il faudra encore quelque temps avant que cette opération soit terminée. Le crématoire est situé à l'ouest de la ville, dans une carrière de pierres, et le sommet est juste au niveau de la rue. Les wagons déversent leur contenu à sa partie supérieure ; il est transporté sur des planchers d'où il est poussé dans les portes du four, puis tombe sur des grilles au-dessus desquelles passe la flamme. Les cendres tombent au-dessous des grilles, dans ces récipients. L'incinération se fait très rapidement ; on brûle les ordures de toute sorte. On espère que les autres fours seront bientôt construits et qu'ainsi toutes les immondices de la ville seront consumées. Le prix du four est de 10.000 dollars.

De même à Malwaukee, on a adopté l'incinération pour se débarrasser des ordures. Depuis plus de 5 à 6 mois ce système fonctionne, et chaque jour les immondices sont

consumées. La commission d'hygiène de la ville réclame l'honneur d'avoir été la première à adopter ces dispositions. On a consumé 40,215 livres d'ordures, qui ont donné 5,000 livres de cendres, soit 4,3 p. 100. Au printemps le four crématoire ne fonctionnait que 8 à 10 heures par jour. (*Bull. méd.*)

COURRIER

Pour les adversaires de la loi Roussel. — Il existe encore seize conseils généraux qui refusent toute allocation pour l'application de la loi Roussel, ou n'accordent que des crédits insuffisants.

Au nombre des départements qui ont longtemps contesté l'utilité de cette loi, citons l'Orne et l'Ille-et-Vilaine. Pour donner une idée des services que la loi Roussel a rendus dans ces deux départements, nous détacherons de l'article de M. J. de Crisenoy, sur les travaux des conseils généraux le passage suivant : « Dans l'Orne, où l'industrie nourricière est très développée, la mortalité frappait le tiers des enfants placés en nourrice, et les faits les plus révoltants ont été dénoncés par les maires dans l'Ille-et-Vilaine, l'inspecteur a fait interdire une nourrice chez laquelle étaient morts, en dix-huit mois, sept nourrissons, âgés de 11 à 50 jours, et qui continuerait encore son honnête commerce si le Conseil général n'y avait mis bon ordre. Certaines nourrices et gardeuses tuent sciemment et volontairement les enfants par ce seul motif que l'enfant qui meurt promptement leur gagne dix fois autant que l'enfant vivant. »

Asile d'aliénés de la Seine. — Par décret rendu en Conseil d'Etat, le service de la recette et la dépense des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera désormais confié à un receveur unique, qui prendra le titre de receveur des Asiles publics d'aliénés de la Seine. Ce fonctionnaire remplira, en cette qualité, les fonctions prévues par la loi du 30 juin 1888, c'est-à-dire celles d'agent comptable pour les biens appartenant aux aliénés séquestrés et non interdits.

Asile pour les enfants idiots. — M. le docteur Gadaud a demandé au Conseil général d'inviter l'Administration préfectorale à transmettre au ministre compétent un vœu tendant à la création, dans la Dordogne, d'un asile pour les enfants idiots ou aliénés, et à fournir au Conseil général, dans une prochaine session, les éléments nécessaires à l'émission d'un vote ferme et définitif.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

Etuves a désinfection. — L'achat d'étuves locomobiles à désinfection par la vapeur sous pression, a été voté par plusieurs conseils généraux, notamment par ceux des Alpes-Maritimes, de l'Aude, du Lot-et-Garonne, de la Loire-Inférieure et de la Seine-Inférieure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital du Midi. — M. le docteur Du Castel.

Blennorrhée et spermatorrhée.

Traitement local dans la blennorrhagie aiguë et dans la blennorrhagie chronique (1).

En somme, Messieurs, tous les médecins sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître qu'une injection trop violemment projetée dans le canal peut devenir dangereuse, et que celle-ci est loin d'être, comme se le figurent volontiers les malades, d'autant plus active et d'autant plus utile qu'elle est plus vigoureusement et plus profondément poussée ; on doit, au contraire, toujours s'efforcer de ne pas faire dépasser au liquide le sphincter uréthral, C'est pour éviter ce danger qu'il faut recommander aux malades, qui doivent faire les injections canal fermé, de ne pousser à la fois et doucement qu'une petite quantité de solution, 5 centim. cubes environ ; à ceux, au contraire, qui auront intérêt à faire passer une grande quantité de liquide dans l'urèthre, il faut conseiller de pratiquer les injections à canal ouvert; alors il sera avantageux de pousser l'injection avec une certaine vigueur pour en assurer la pénétration dans les parties profondes de l'urèthre ; la vigueur, en pareil cas, n'aura aucun inconvénient puisque, le méat étant ouvert, le sphincter uréthral ne saurait être forcé, comme l'a démontré le docteur Jamin, et le liquide d'injection ne saurait pénétrer dans l'urèthre postérieur.

Le docteur Aubert insiste sur l'importance qu'il y a à ce que les instruments et les solutions qui servent aux injections soient soigneusement désinfectés ; il recommande l'ébullition préalable comme le meilleur moyen d'assurer la désinfection de tout le matériel nécessaire. Faire des injections sans s'être entouré de toutes les précautions propres à assurer l'asepsie serait s'exposer à lancer dans l'urèthre des parasites capables d'entretenir par eux-mêmes un certain degré d'inflammation; le savant chirurgien de l'Antiquaille a observé des uréthrites bactériennes sans gonococcus, qui lui ont paru causées par l'introduction dans le canal de bacilles à la pénétration desquels la pratique d'injections faites sans les précautions requises par l'antisepsie n'aurait pas été étrangère. Le conseil du docteur Aubert est incontestablement excellent; il n'est peut-être pas très pratique pour des

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 21, 23, 28, 30 août, 11, 13, 18, 20 et 25 septembre 1888.

malades qui souvent cherchent à se traiter en secret; vous ferez cependant bien de tâcher que vos clients s'en rapprochent le plus possible.

Les lavages de l'urèthre, quels que soient les appareils plus ou moins perfectionnés que leurs partisans aient recommandés pour les pratiquer, ne sont, en résumé, autre chose que des injections abondantes pratiquées à méat ouvert : la quantité de liquide injectée est quelquefois considérable, puisque le docteur Curtis conseille, pour faire avorter la blennorrhagie, de faire passer sans interruption plusieurs litres d'eau chaude dans le canal.

Les instillations se pratiquent ordinairement avec l'appareil du professeur Guyon; ses parties constituantes sont :

1° Un explorateur en gomme flexible à boule olivaire, creux dans toute sa longueur et perforé au sommet de son olive terminale d'un petit trou filiforme, qui admet à peine une épingle;

2° Une seringue, du même genre que celle de Pravaz, mais d'une contenance deux ou trois fois supérieure qui permet de verser le liquide goutte à goutte, et, par conséquent, de doser exactement la quantité qu'on en injecte dans l'urèthre.

Pour faire une instillation dans l'urèthre postérieur, on fait franchir à l'olive le sphincter membraneux, puis on pousse dans la cavité de l'arrière-canal une quantité de liquide relativement considérable, dix gouttes au moins, souvent quinze ou même vingt; un certain nombre de ces gouttes vont se perdre dans la vessie. D'après les expériences du docteur Jamin, que je vous ai citées au commencement de ces leçons, il n'y a pas à craindre le reflux du liquide dans l'avant-canal. Le sphincter interuréthral se contractant sur la tige de l'explorateur empêche le liquide de passer de l'urèthre postérieur dans l'antérieur.

Lorsqu'on veut agir dans l'urèthre antérieur, si la lésion siège au niveau du cul-de-sac bulbaire, comme cela a lieu le plus ordinairement, il faut, après avoir buté contre le sphincter uréthral, retirer de 2 ou 3 centimètres la boule olivaire, instiller le nombre de gouttes nécessaire (quatre, cinq ou six ordinairement), puis laisser l'instrument en place pendant quelques minutes pour empêcher le liquide injecté de s'écouler immédiatement à l'extérieur; pour obtenir ce résultat, il est nécessaire d'employer une boule d'assez fort calibre, n°s 18 ou 20, qui oblitère hermétiquement la lumière du canal; quand on juge que le liquide injecté a été suffisamment longtemps en contact avec la muqueuse uréthrale, on retire l'explorateur et les gouttes qu'on a instillées ressortent immédiatement par le méat; dans leur rapide passage, elles n'influencent que très peu la muqueuse du canal située en avant du point où a été faite l'instillation.

Si lésion siégeait en avant du bulbe, il faudrait, avant de pratiquer l'instillation, placer l'olive en avant du point enflammé, puis agir comme précédemment.

Les différents traitements topiques de la blennorrhagie, que je viens de vous mentionner, ne sont pas tous applicables à tous les cas et ont chacun leurs indications spéciales.

Les injections ne sont applicables qu'aux seules inflammations de l'urèthre antérieur, puisqu'il est reconnu aujourd'hui par tous les médecins que ce n'est point chose inoffensive de pousser une injection avec assez de violence pour la faire pénétrer jusque dans l'urèthre postérieur.

Les injections paraissent beaucoup plus efficaces contre les blennorrhagies aiguës ou subaiguës, dont les lésions sont plutôt étendues et su-

perficielles que contre les blennorrhagies vraiment chroniques dont les lésons localisées tendent à gagner en profondeur. C'est dans la blennorrhagie chronique, dont les lésions sont si souvent limités au cul-de-sac du bulbe, qu'il sera particulièrement bon de s'assurer que les injections atteignent bien tous les points malades de la muqueuse, et pénètrent exactement jusqu'au sphincter uréthral. Pour arriver à ce résultat, recommandez au malade de pousser d'un seul coup de piston les quelques centimètres cubes de liquide qu'il doit injecter, s'il fait une injection à canal fermé : si, au contraire, l'injection est faite à canal ouvert, il faudra se servir du tube en caoutchouc recommandé par le docteur Aubert, ou pousser l'injection avec une certaine vigueur si l'on ne se sert que de la seringue ordinaire.

Les lavages reconnaissent les mêmes indications que les injections dont elles ne sont qu'une variante ; je les crois d'une utilité beaucoup plus grande que ces dernières et susceptibles d'atteindre plus complètement le but poursuivi; malheureusement elles sont d'un maniement moins commode et infiniment plus délicat. Dans nombre de cas, le lavage ne peut être véritablement bien fait que par le chirurgien lui-même; c'est donc un mode de traitement appelé à rester d'une application plus restreinte que les injections; je crois cependant que c'est avec lui qu'on aurait le plus de chances d'obtenir l'avortement de la chaudepisse à ses débuts; il semble, au contraire, ne devoir guère trouver son application dans la blennorrhagie chronique.

Les solutions que vous employez en injections dans la blennorrhagie chronique, comme dans la blennorrhagie aiguë, sont toujours des solutions relativement peu concentrées; celles dites de Ricord, celle aux trois sulfates, sont encore les plus usuelles; les injections antiseptiques concentrées ont été aussi recommandées dans ces derniers temps, et leurs admirateurs leur ont attribué le pouvoir de guérir rapidement les blennorrhagies même chroniques ; je crois à leur efficacité contre les blennorrhagies subaiguës ; leur influence sur les blennorrhagies vraiment chroniques et indolentes me paraît plus discutable.

Il sera généralement utile, dans la plupart des blennorrhagies chroniques, même antérieures, de pouvoir, à un moment donné, employer des médicaments plus énergiques que ceux dont les injections vous permettent l'usage; en pareil cas, il faudra avoir à votre disposition un procédé opératoire qui vous permette de localiser l'action du médicament et de ne pas lancer au hasard dans le canal un topique très actif et souvent irritant. Le procédé que vous nous voyez employer ordinairement quand nous poursuivons un pareil résultat est celui des instillations.

Dans la blennorrhagie aiguë, l'injection est habituellement suffisante; l'instillation ne devient guère nécessaire que dans les cas où l'uréthrite postérieure devenant très accentuée, les phénomènes de cystite du col sont très accusés, les envies d'uriner fréquentes et pénibles ; alors on voit assez souvent ces accidents si douloureux, qui résistaient opiniâtrement aux injections et aux balsamiques, cesser presque instantanément, s'amender au moins considérablement à la suite de l'instillation de quelques gouttes de solution de nitrate d'argent dans l'arrière-canal.

Dans la blennorrhagie chronique, les instillations ont de grands avantages sur les injections, quel que soit le siège de la maladie; elles permettent, comme le dit Jamin :

1° D'agir directement sur un point du canal, qu'il soit situé dans l'urèthre postérieur aussi bien que dans l'antérieur;

2° D'agir exclusivement sur ce point;

3° De mesurer exactement et de varier à volonté la quantité de liquide portée dans l'urèthre et par suite d'en graduer l'action avec précision.

Avec les instillations, vous atteignez facilement et sûrement tout point de l'urèthre antérieur dont vous avez constaté l'inflammation, ce point fût-il le cul-de-sac bulbaire, comme cela arrive le plus ordinairement; avec les instillations, vous pouvez porter à volonté les topiques dans l'urèthre postérieur, ce que vous ne pouvez faire avec les injections : ceci vous explique pourquoi vous nous voyez ici recourir aux instillations toutes les fois qu'une uréthrite postérieure réclame une application topique, chaque fois qu'une uréthrite antérieure aiguë ou chronique demande une intervention locale *énergique*. Avec les instillations, les médicaments ne peuvent être employés que dissous; mais les solutions médicamenteuses suffisent amplement au traitement des uréthrites chroniques.

Les solutions de nitrate d'argent, en particulier, produisent amplement le degré de cautérisation nécessaire pour modifier les inflammations chroniques ds l'urèthre; il n'est point, en effet, nécessaire d'arriver jusqu'au crayon de nitrate d'argent de Lallemant pour obtenir une modification suffisante des surfaces enflammées. M. Desormeaux, au moyen de l'endoscope, a même pu constater que le nitrate d'argent solide cautérisait trop profondément et causait, sur les points qu'il touchait, des eschares capables peut-être d'entraîner la formation de cicatrices.

La solution au cinquantième est celle qui paraît satisfaire le plus généralement aux conditions demandées.

A la suite des instillations, quelques malades éprouvent une cuisson assez vive dans le canal; pendant les premières heures qui suivent le dépôt du nitrate d'argent dans l'urèthre, l'écoulement est toujours augmenté; mais la petite exacerbation occasionnée par l'opération tombe rapidement pour faire ordinairement place à un amendement plus ou moins notable de la maladie.

Le docteur Jamin recommande de faire les instillations à dates très rapprochées les unes des autres, tous les deux jours habituellement; il m'a paru qu'on pouvait, sans inconvénient, espacer davantage les séances, ne les faire que tous les quatre ou cinq jours; parfois même il sera avantageux de les espacer plus encore dans le cas d'urèthre irritable.

Le docteur Langlebert reproche au procédé du professeur Guyon de ne pas limiter exactement à la partie malade l'action du liquide caustique puisque, dans les instillations pratiquées dans l'urèthre postérieur, quelques gouttes de solution peuvent tomber dans la vessie; puisque, dans celles faites dans le cul-de-sac bulbaire, les gouttes instillées se trouvent, pendant qu'elles s'écoulent à l'extérieur, en contact avec toute la surface de la muqueuse. Pour obvier à ces inconvénients, le docteur Langlebert a inventé un porte-topique uréthral, composé d'une sonde flexible en caoutchouc de laquelle on fait sortir à volonté un coton imbibé de la solution avec laquelle on désire mettre en contact le point de l'urèthre malade; cet instrument aurait, d'après son inventeur, l'avantage de localiser encore plus l'action du médicament que l'instillateur du professeur Guyon; il provoquerait à un moindre degré que l'instillateur à boule le spasme du

sphincter uréthral, et permettrait de pénétrer plus facilement dasn l'urèthre postérieur.

L'instrument du docteur Langlebert est assurément fort ingénieux; mais il localise plutôt trop que pas assez l'action du topique, et il expose parfois à ne pas atteindre toute la surface enflammée dont il n'est pas toujours facile de préciser mathématiquement les limites : mieux vaut encore, je crois, mettre une muqueuse normale en contact avec une solution concentrée de nitrate d'argent que risquer de ne pas atteindre toutes les surfaces malades en voulant trop ménager la muqueuse.

En résumé, Messieurs, la médication balsamique exerce une action très efficace dans la blennorrhagie aiguë; son action est fort restreinte dans la blennorrhagie chronique.

Les injections modifient souvent d'une façon prompte et avantageuse la blennorrhagie aiguë; elles ne sont véritablement utiles qu'aux malades chez qui l'inflammation est limitée à l'avant-canal.

Les instillations, dans la blennorrhagie aiguë, sont commandées toutes les fois que les phénomènes de cystite du col sont très accentués; elles sont souvent fort utiles chez les malades dont la guérison traîne en longueur et se fait attendre; dans la blennorrhagie chronique, les instillations sont préférables aux injections, quand les lésions sont limitées à l'urèthre antérieur, parce qu'elles permettent l'emploi de médications plus énergiques; elles restent, comme dans la blennorrhagie aiguë, seules applicables au traitement de l'uréthrite postérieure.

Du pansement antiseptique des accouchées sans injections,

Par le docteur Louis Roulin.

Les injections intra-utérines ne sont pas sans causer quelquefois de graves accidents. J'en ai rapporté pour ma part plusieurs exemples.

Les injections vaginales, pour être moins dangereuses, ne sont pas toujours inoffensives. Elles exigent de grandes précautions et une garde bien dressée. Dans ces conditions, il m'a paru utile de trouver un traitement antiseptique des suites de couches qui permît de se passer des injections. Je me suis arrêté au suivant : comme d'habitude, on lave ses mains dans un liquide antiseptique qui, pour moi, est la solution de chloral à 1 p. 100; je dirai plus loin pourquoi. Puis on procède au pansement de l'accouchée de la façon suivante : avant l'accouchement, on lave avec la solution de chloral à 1 p. 100 les parties génitales et toutes les régions voisines, anus, fesses, cuisses, bas-ventre. Après l'accouchement, on recommence la même opération, puis on applique sur la vulve un ou deux doubles de gaze au salol. On recouvre cette gaze d'un tampon de coton hydrophyle préalablement trempé dans la solution de chloral à 1 p. 100, et bien exprimé; ce pansement est refait toutes les six heures. J'ai employé cette manière de faire chez un petit nombre de femmes, six ou huit, et il m'a toujours donné jusqu'ici un résultat satisfaisant, c'est-à-dire que les suites de couches se sont passées normalement, sans accidents, et que les lochies n'ont jamais pris d'odeur. J'espère que l'avenir confirmera ces premiers résultats favorables.

Ce pansement a l'avantage d'être d'une application facile et absolument sans danger : il ne saurait toutefois suffire quand il y a rétention du placenta ou affection puerpérale; dans ces cas, on devrait avoir recours aux injections intra-utérines, car les dangers provenant de cette opération sont négligeables par rapport à la terrible affection qui met en danger la vie de la malade. Maintenant, pourquoi le chloral? M. Charpentier le regarde comme sans action antiseptique; M. Périer, au contraire, pense qu'il a une action très suffisante et n'emploie que lui quand il opère au voisinage des muqueuses, parce qu'il est sans danger. Je partage cette opinion.

J'ai toujours vu la solution de chloral à 1 p. 100 suffisamment antiseptique, et je ne l'ai jamais vue amener de phénomènes toxiques ni aucun de ces accidents qu'on observe même avec de faibles doses d'acide phénique ou de sublimé.

REVUE DES JOURNAUX

Moyen d'éviter l'apparition de furoncles consécutifs à l'eczéma vulvo-anal. (*Th. New-York med. Journ.* et la *Clinique*, 1888, 37.) — Le docteur Unna s'est occupé, dans un récent travail, de la production de furoncles à la suite des manifestations d'eczéma qui, pour lui, a souvent une origine parasitaire. Il recommande de traiter la maladie cutanée, dans ses dernières périodes, par des moyens parasiticides. Un des meilleurs, suivant lui, consiste à ajouter 1 à 2 p. 100 de sublimé corrosif à l'onguent de zinc, en associant à ce traitement externe l'administration à l'intérieur de 1 centigramme de sulfure de calcium trois fois par jour. On peut choisir, comme agents à ajouter aux onguents de zinc ou de plomb, l'acide phénique, le thymol, la résorcine ou le soufre. Le goudron et l'acide salicylique se sont montrés moins efficaces. — P. N.

Cigarettes antiseptiques. (*Brit. med. Journ. Nouveaux remèdes*, 1888, 17.) — Le docteur Maxnaughton Jones a fait préparer quatre sortes de cigarettes pour fumigations du naso-pharynx : 1° eucalyptus, iodoforme et vanilline; 2° eucalyptus et acide iodo-salicylique; 3° pas d'âne avec eucalyptus, iodoforme et vanilline; 4° tabac, eucalyptus, iodoforme, café.

Chaque cigarette renferme 6 centigrammes de chaque matière active. L'acide iodo-salicylique n'a pas l'odeur désagréable de l'iodoforme et des autres composés iodés, et il agit aussi bien sur les organismes inférieurs. La combustion donne lieu au dégagement d'iode.

Ces cigarettes sont agréables à fumer; l'odeur de l'iodoforme est bien marquée, et on peut signaler sa présence dans le naso-pharynx peu de temps après par la chaleur qu'il laisse. Les cigarettes de tabac, eucalyptus, iodoforme et café sont surtout agréables. La substitution de l'iodol à l'iodoforme n'a pas réussi, car l'iodol se décompose sans chaleur. Une demi-cigarette suffit pour une fois. On peut en prendre trois par jour. — P. C.

Symptômes toxiques résultant d'applications locales de cocaïne, par le docteur Whistle. (*Brit. med. Journal* et *Pratique médicale*, 1888.) — En se servant de pulvérisations à 4 p. 100, l'auteur a noté certains effets toxiques très singuliers. Par exemple, par l'emploi de 30 gouttes, il a vu d'abord une accélération notable des mouvements du cœur (de 86 à 116, par exemple). En même temps, les sujets accusaient un état marqué d'hilarité et la sensation d'augmentation dans la puissance musculaire et la vigueur intellectuelle. En employant la solution à 8 p. 100, il a vu deux fois apparaître le vertige et des tendances syncopales menaçantes. Chez un malade, l'emploi d'un badigeonnage ou d'une pulvérisation de solution cocaïnée à 20 p. 100, au début d'une extraction de polype, a produit des vertiges, des nausées, une lipothymie. Ces symptômes rétrocédèrent rapidement.

L'auteur a remarqué que c'est par l'usage des pulvérisations qui permettent la pénétration et la diffusion de la solution d'une façon plus parfaite que l'on observe surtout cette action exhilarante. Il recommande la réserve dans l'usage de la cocaïne, bien que les accidents soient, en somme, exceptionnels. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance ne contient rien d'important.

M. Lejars lit un travail ayant pour titre : *Méthode nouvelle d'injection des veines*. Les

valvules empêchent les injections de pénétrer dans les veines du centre vers la périphérie. D'autre part, les substances colorantes employées jusqu'ici sont composées de particules trop volumineuses pour pouvoir circuler dans les capillaires. Il en résulte que l'on n'a pu faire que des injections partielles et ne portant que sur les veines de calibre relativement gros. Pour éviter ces obstacles, l'auteur propose de préparer deux masses d'injections : la première colorée à l'aide de substances solubles dans les corps gras, dont il indique plusieurs; elle sera poussée lentement par les artères dans le membre préalablement chauffé et plongé dans l'eau tiède; puis une seconde, colorée par les substances pulvérulentes, qui sera poussée de même par les artères, mais qui s'arrêtera aux capillaires, chassant la première dans le système veineux. Il montre plusieurs des résultats qu'il a ainsi obtenus.

— M. Bouchard présente, au nom de M. Perret (de Lyon), un ouvrage ayant pour titre : *Clinique de l'Hôtel-Dieu.*

— M. Onimus lit un travail sur la journée médicale et sur le temps que les malades envoyés dans le Midi doivent passer au grand air. Il a étudié à ce point de vue les modifications de la température extérieure aux différentes heures du jour. La température minimum s'observe le matin; aussitôt après le lever du soleil, elle s'élève rapidement jusqu'à un maximum dont l'heure varie suivant le mois.

Quoi qu'on en ait dit, les malades peuvent sortir dès huit heures du matin, surtout dans les stations du Midi, où il n'y a jamais de brouillard. Mais on ne peut s'en rapporter au thermomètre pour fixer l'heure à laquelle ils doivent rentrer. Ainsi, en janvier, de quatre à cinq heures, le thermomètre indique encore une température égale à celle de 10 heures du matin, et cependant tout le monde éprouve une sensation de fraîcheur. Il faut tenir compte du degré d'humidité de l'atmosphère.

— M. Hayem, de la part de M. le docteur Peyraud (de Libourne), réclame pour ce dernier la priorité de la théorie de l'immunité par les vaccins chimiques. Les publications remontent à plusieurs années, et, pour juger si ses prétentions sont fondées, il faut attendre que ses expériences, en cours d'exécution, soient terminées. On peut cependant faire remarquer qu'au lieu de se servir des substances élaborées par les microbes, il a employé des corps chimiques ordinaires. C'est ainsi qu'il vaccine contre la rage à l'aide de l'essence de tanaisie et du chloral. Le chloral, suivant son interprétation, produirait une sédation de l'organe où se développent principalement les effets du poison rabique.

— M. Lancereaux présente, au nom du docteur Deshayes (de Rouen) : 1° un mémoire sur la curabilité de l'ascite et de la cirrhose du foie; 2° un rapport sur le Congrès international d'hygiène de Vienne.

— M. Robin donne lecture d'un travail intitulé : *Essai d'urologie clinique de la variole.* Becquerel avait dit que l'urée était diminuée de quantité pendant la période d'invasion et au début de l'éruption, ce qui semble erroné. Au lieu de 9 à 10 grammes qu'il avait indiqués, on trouve généralement un chiffre supérieur à la normale; Moos avait donné celui de 33 grammes. Gubler avait remarqué qu'en additionnant d'acide nitrique les urines dans la variole au début, on obtenait quelquefois un précipité de cristaux de nitrate d'urée; il avait pensé que cela pourrait servir au diagnostic, puisqu'on n'observe rien de semblable dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc. Dans les cas que j'ai observés, j'ai trouvé à cette période de 28 à 38 grammes d'urée et même plus.

Si la variole se déclare pendant la convalescence d'une maladie aiguë, on constate encore une augmentation de l'azoturie. Il en est de même chez les enfants.

On a émis des doutes sur la constance et sur la valeur diagnostique de cette azoturie. Il est vrai qu'elle fait défaut dans des cas très rares, mais que, d'autre part, elle peut se retrouver dans d'autres maladies fébriles. Pendant la période d'état, l'urée reste abondante; elle présente une poussée au commencement de la période de suppuration, et sa quantité décroît brusquement quand la fièvre disparaît.

Les chlorures tombent au chiffre de 1 gramme à la période d'invasion; leur taux est un peu plus élevé à la période d'état, et, au moment de la convalescence, il monte brusquement aux environs de 15 grammes. L'acide phosphorique est un peu augmenté pen-

dant les périodes d'invasion, d'état et de suppuration et sa quantité n'est plus que de 0 gr. 8 à la convalescence. On a signalé des cas où l'acide urique était très abondant. On a reconnu la présence dans les urines d'acide valérianique et d'acides gras. Les matières extractives y sont très abondantes, surtout celles qui sont liquides et incristallisables; cette abondance est remarquable dans les varioles hémorrhagiques.

Pour ce qui est de l'albuminurie variolique, Couillaud la dit fréquente principalement dans les formes intenses; il en décrit une première forme précoce, transitoire, disparaissant avec la fièvre et de pronostic bénin; une seconde forme se montre dans la convalescence et est grave. Gubler croyait l'albuminurie variolique assez rare.

Je l'ai notée dans la moitié des cas, mais souvent fort peu marquée. Quand elle est abondante, il faut redouter une forme maligne ou quelque complication. Sa valeur pronostique n'est pas dans son existence, mais dans sa quantité, et dans la présence de cylindres granulo-graisseux dans les sédiments. Je dois en distinguer quatre formes :

1° Albuminurie prévariolique, de pronostic grave quand elle est abondante;

2° Albuminurie transitoire du début de l'éruption ou de la suppuration, qui a la même valeur;

3° Albuminurie survenant à un moment quelconque de la période aiguë, toujours grave;

4° Albuminurie de la convalescence qui peut être sans valeur pronostique quand elle est liée à quelque complication tardive, mais qui peut être analogue à celle de la scarlatine, quoique plus rarement observée.

On est mal fixé sur l'étiologie de cette albuminurie; le froid est une cause invoquée d'une manière banale; sa source est plus probablement l'infection.

D'après les recherches de M. Renaut, la néphrite variolique ressemble à celle de la scarlatine, c'ost-à-dire qu'on y trouve les lésions d'une néphrite congestive. Néanmoins, elle présente quelques caractères spéciaux : 1° c'est une néphrite congestive et hémorrhagique; 2° contrairement à ce qu'on a dit, elle n'est pas diffuse d'emblée, mais ne le devient que secondairement lorsque les différentes manifestations, isolées au rein comme à la peau, se sont réunies par leur marge. Il se produit en effet des points d'œdème congestif disséminés qui, par leur confluence et leur réunion, amènent un œdème généralisé; la fonction du rein peut alors être entravée, sans qu'il y ait une lésion profonde des épithéliums, et cela au moment où un bon fonctionnement est le plus nécessaire. Cette altération peut être passagère ou se transformer en lésions plus profondes.

Les albuminuries transitoires et légères correspondent à la formation de points d'œdème rares et disséminés; ce stade est capable d'une prompte résolution. Dans un stade plus avancé l'albuminurie est plus abondante. Enfin, dans un troisième stade, la néphrite est définitive; c'est ce qu'on voit en cas de vraie albuminurie de la convalescence.

— M. Siredey lit un rapport sur le mode de traitement proposé par le docteur Misrachi pour l'infection puerpérale. Les injections intra-utérines étant insuffisantes, il est nécessaire de procéder à l'écouvillonnage de la cavité utérine. L'auteur ne donnant pas d'observations à l'appui de sa thèse, on ne peut la discuter.

M. Guéniot : Malgré le manque d'observations, on peut toujours critiquer oette conclusion, que les injections intra-utérines sont insuffisantes. Le grattage est une opération à grand appereil dont il ne faut pas être prodigue; les injections suffisent dans la grande majorité des cas et l'auteur les repousse pour le besoin de sa thèse.

M. Charpentier : La thèse de M. Misrachi a trait surtout aux avortements.

M. Siredey : Il ne le dit pas dans sa note très écourtée.

— M. Blanche lit un rapport sur le prix Civrieux; le sujet était : Des hallucinations de l'ouïe. Un seul mémoire a été envoyé, ce qui est regrettable. Ce mémoire est un travail consciencieux, mais dont les conclusions ne seront pas unanimement acceptées. L'auteur prétend que l'homme ne cesse de se tromper et n'arrive à la vérité que par la correction de ses erreurs précédentes; il tend à confondre les illusions et les hallucinations qu'il est cependant nécessaire de distinguer en médecine.

— L'Académie se constitue en comité secret.

VARIÉTÉS

UN LABORATOIRE MICROGRAPHIQUE A PARIS.

Nous extrayons les passages suivants d'un rapport où M. Girard, chef du Laboratoire municipal, demande la création à Paris d'un laboratoire micrographique, dont l'utilité en présence des recherches modernes et des progrès de l'hygiène, paraît incontestable.

La recherche des bactéries pathogènes s'impose de plus en plus, dans le lait et dans l'eau, que l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme figurant au premier rang des moyens de propagation des maladies infectieuses. Sans parler des germes de variole et de scarlatine transportés par le lait, la transmission de la tuberculose par ce liquide, qui est si vivement discutée depuis quelques années, compte aujourd'hui bien peu d'adversaires dans le monde médical, et déjà plusieurs commissions d'hygiène d'arrondissements de la Seine ont émis le vœu que la recherche des bacilles de la phthisie dans le lait fût effectuée au Laboratoire, concurremment avec l'analyse chimique. Ce vœu n'a pu être réalisé faute d'un local et d'un personnel suffisants. La bactériologie exige, en effet, des connaissances médicales et chimiques générales, une étude spéciale des méthodes de coloration et de culture des microbes, qui ne peut être acquise que par un travail pratique dans les laboratoires spéciaux, tels que celui de bactériologie à l'Ecole de médecine, de chimie biologique à la Sorbonne, enfin celui de M. Pasteur.

Outre l'étude des laits, le même employé pourrait faire au Laboratoire municipal la recherche dans les eaux des bacilles de la fièvre typhoïde, et, à l'occasion, de celui du choléra, recherches souvent demandées par les municipalités de province, qui soumettent fréquemment leurs eaux d'alimentation à l'analyse du Laboratoire de Paris. En l'absence d'installation convenable, le Laboratoire a dû s'entendre avec le docteur Chantemesse, chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de médecine, pour effectuer ces recherches, moyennant honoraires payés par les intéressés, mais il serait à désirer, pour la garantie de la rapidité et de la vigilance des recherches, que cet examen fût fait dans un local et par un personnel dépendant complètement du chef du Laboratoire municipal.

Enfin le même service serait chargé de l'examen des cidres, des bières, des vins et des conserves, au point de vue des altérations et des maladies dont ils sont l'objet. A plusieurs reprises, des analyses de ces denrées alimentaires ont dû être complétées par des recherches microscopiques pour lesquelles jusqu'ici le Laboratoire a pu donner des réponses satisfaisantes, mais qui gagneraient évidemment en sûreté et en autorité à être confiées à un personnel spécialement exercé.

Afin de revêtir d'un caractère tout spécial ces nouvelles fonctions, nous estimons qu'il importerait de les confier à un chimiste ayant le titre de docteur-médecin, et auquel il serait alloué des émoluments en rapport avec la nature et l'importance de ses attributions.

L'étude des aliments faite dans le sens que nous venons d'indiquer présente de grandes difficultés et exige, de la part de celui qui en est chargé, une attention soutenue et des capacités techniques incontestables.

Le titulaire de ce service devrait donc satisfaire aux conditions exigées par l'administration et subir, comme tous les chimistes du Laboratoire, un concours dont le sujet serait approprié à ses fonctions et dont le jury serait le jury habituel du Laboratoire, auquel on abjoindrait, par exemple, le professeur de bactériologie de l'Ecole de médecine et l'un des professeurs suivants : docteurs Grancher, Roux ou Nocard, du laboratoire de M. Pasteur.

Le Laboratoire municipal devra, à notre avis, offrir des avantages pécuniaires assez larges pour attirer vers lui les candidats sérieux qui voudraient concourir pour l'emploi dont il s'agit.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il y aurait lieu de fixer à 4,500 francs le trai-

tement de début du titulaire dudit service et pouvant être porté à 6,000 francs par augmentations périodiques.

D'autre part, il serait utile d'adjoindre à cet expert un aide au traitement de 2,400 fr., qui serait choisi parmi les candidats du Laboratoire.

En outre, il serait indispensable qu'il fût installé une salle spéciale pour les recherches qui nécessitent une atmosphère aussi calme que possible et un outillage approprié à ce genre de travail.

FORMULAIRE

Traitement de la blépharite eczémateuse. — A. Trousseau.

L'eczéma du bord palpébral est spécialement rebelle à cause du contact des larmes et des sécrétions conjonctivales. S'il existe de l'inflammation, on lotionne fréquemment les yeux avec la solution suivante chauffée au bain-marie : acide borique 12 grammes, eau 350 grammes. — La nuit, on applique des cataplasmes de fécule tiède, arrosés de cette même solution. — Si l'état inflammatoire a cessé, on étale sur les paupières des compresses chaudes d'eau boriquée recouvertes de gutta-percha laminée, 3 ou 4 fois par jour, pendant une demi-heure chaque fois. — Le soir, au moment du coucher, on enduit le bord ciliaire avec une petite quantité de la pommade suivante : oxyde de zinc 0 gr. 50 centigr., vaseline 10 grammes. On l'étend avec un pinceau de blaireau, et on la laisse en place jusqu'au réveil. — Dans les formes tout à fait chroniques, on peut faire usage d'une pommade contenant pour 10 grammes de vaseline, soit 5 centigrammes de précipité rouge, soit 1 gramme d'huile de cade. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le journal *Les Loisirs de Mars* (Dossouguy-Marsa) compte en Russie sa seconde année d'existence. Il ouvre ses colonnes aux productions scientifiques, littéraires, artistiques et musicales de MM. les officiers exclusivement ; les sujets de composition sont volontaires. Le journal s'édite aux propres frais du rédacteur et paraît par livraisons détachées.

Le rédacteur-éditeur, lieutenant-colonel d'Ewdokimoff, espère que MM. les officiers des armées étrangères, par principe de confraternité militaire, ne lui refuseront pas leur concours en qualité de collaborateurs ou correspondants, ce qui donnera au journal un caractère militaire-international. Les matériaux sont reçus en toute langue.

La critique : « Liter. Beiblatt zum Milit.-Wochenbl. » 1888, n° 4 ; « Militair Blad » (Hollande) 1888, n° 9 ; « Memorial de ingenier. del ejérc. », n° 9 ; « Deuts. Heeres-Zeit. » 1888, n° 61 ; « El Eco Militar » (Cuba), 1888, n° 53 ; e. t. c.

Il sera fait une annonce ou un compte rendu dans le journal de toute œuvre militaire dont on adressera deux exemplaires.

Bureau du journal *Les Loisirs de Mars*, Saratof. Russie.

COURRIER

Concours pour les bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre, à 4 heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ;

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques ;

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire ;

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire ;

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur général Didiot, président du comité technique de santé, est placé, à dater du 20 septembre 1888, dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

— L'Ecole du service de santé militaire n'attend plus pour fonctionner que l'adoption par le Sénat du projet de loi déjà voté par la Chambre des députés. Le Conseil général de la Gironde a renouvelé, à l'unanimité, son vœu en faveur de la création de l'Ecole à Bordeaux ; mais, si nos renseignements sont exacts, nous pouvons confirmer la nouvelle que nous avons déjà donnée depuis longtemps, à savoir que la ville de Lyon est définitivement choisie pour recevoir l'Ecole de santé militaire ; on nous dit même que ce choix a été décidé en conseil des ministres et que la décision est tenue rigoureusement secrète, M. Carnot voulant laisser comme carte de visite à Lyon, lors de son prochain voyage, le décret qui créera l'Ecole. En tout cas, comme nous l'avons déjà dit, l'Ecole ne pourra pas fonctionner, ainsi que le porte le projet, à partir du 1er octobre prochain. . . . .

Nous apprenons, d'autre part, que le ministère de la guerre serait décidé à envoyer immédiatement à l'Ecole du service de santé militaire, non pas seulement les nouveaux élèves, mais la totalité des étudiants, même ceux de cinquième année. Cette mesure nous paraît excessive, non pas au point de vue disciplinaire, mais parce qu'elle nuit aux études de jeunes gens qui ont déjà pris toutes leurs inscriptions devant la Faculté de Paris, qui sont connus des professeurs dont ils ont suivi les cliniques et les cours et qui ont, par conséquent, tout à perdre en allant subir leurs examens dans une Faculté de province. . . . .

En 1883, lorsqu'il fut question de créer deux Ecoles du service de santé, à Bordeaux et à Nancy, on avait laissé aux élèves de quatrième et de cinquième année le droit d'option entre l'ancien et le nouveau régime. Pourquoi ce qui avait été jugé bon à ce moment ne le serait-il plus cinq ans plus tard ? . .

Nous croyons savoir, en outre, que c'est par économie que cette mesure serait appliquée dans toute sa rigueur. Les élèves du service de santé touchent, en effet, une indemnité de 1,200 fr. par an à partir de la douzième inscription, et cette indemnité leur serait supprimée dès leur entrée à l'Ecole. Cette économie nous paraît fictive parce que beaucoup d'entre eux, sinon tous, seraient boursiers de droit en arrivant à l'Ecole, et l'Administration serait obligée de les loger, de les nourrir et de les habiller à ses frais.

Les avantages, pour le gouvernement, seraient donc nuls à tous les points de vue et ne sauraient compenser le tort causé aux intéressés. (*Semaine médicale*).

La chevelure féminine. — A l'Académie des inscriptions et belles-lettres, le 17 septembre, M. Le Blant donne lecture d'une note assez curieuse sur la chevelure des femmes. Il rappelle que de tout temps, aussi bien dans l'antiquité que sous l'ère chrétienne et de nos jours, on l'a entourée de soins tout particuliers. On sait le rôle que jouait la

teinture dans la chevelure ; les femmes blondes dont les grands peintres vénitiens nous ont laissé les portraits étaient des brunes teintes ; un vieux recueil conservé à la bibliothèque *Marciana*, intitulé le *Ricettario* de la comtesse Nani, nous fait connaître de quels parfums et de quelles drogues se servaient les femmes pour modifier la couleur de leur chevelure.

Les évêques, dès les premiers siècles, s'élevèrent contre ces pratiques qui devaient conduire en enfer celles qui en faisaient usage ; faire de la sorte, ajoutaient-ils, — c'est se montrer au regret d'être nées romaines et de n'avoir point reçu le jour en Gaule ou en Germanie ; c'est vouloir braver le Seigneur, qui a dit : « Qui de vous peut noircir un cheveu blanc et blanchir un cheveu noir ? » Saint Jérôme fulmine contre celles qui se percent les oreilles, se couvrent le visage de céruse et de pourpre et se teignent les cheveux de cette couleur qui présage les flammes de l'enfer. De leur côté, les rabbins disaient que le diable dansait sur les cheveux des femmes teintes. Dans les premiers siècles, on voit, à maintes reprises, le diable associé aux chevelures blondes ; M. Le Blant cite des cas d'exorcisme où l'esprit du mal s'était réfugié dans les cheveux dorés.

Sans parler de la légende de Samson, on sait que les anciens accordaient certains pouvoirs aux cheveux ; les Gentils pensaient qu'ils étaient le siège d'une vertu magique ; ils croyaient que les chrétiens martyrs puisaient en eux une partie de leur courage ; on raconte que les bourreaux, s'imaginant qu'une jeune vierge ne devait sa force de résistance qu'à sa chevelure, lui rasèrent la tête pour la déterminer à apostasier. Enfin, dans l'antiquité, nous voyons une divinité préposée à la chevelure, une autre aux sourcils ; en raison de ces derniers détails, M. Le Blant se demande si les diverses parties du corps n'avaient pas toutes un dieu spécial.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

Cinquième liste

MM. les professeurs	Damaschino	100 fr.
—	Germain Sée	50
MM. les docteurs	L. Desnos	20
—	Duplaen (de Condrieu)	100
—	Fourrier (de Norroy-le-Sec)	40
—	Guy (de Deuil)	25
—	Hardy (de Lamalou-les-Bains)	5
—	Horezyski (de Montceau-les-Mines)	10
—	Houssay (de Pont-Levoy)	10
—	Hubin (de Thomery)	20
—	Legendre (de Bléneau)	10
—	Lortat-Jacob (de Toul)	40
—	Magne (de Mèze)	10
—	Martin (de Nevers)	10
—	Richard (de Château-Gontier)	5
—	Rousseau (de Laon)	5
—	Vozy (de Choisy-le-Roi)	20
M. Ch. Janet-Dupont (de Beauvais)		20
Un pauvre étudiant en médecine (Marseille)		1
Anonyme (Paris)		20
Quatrième liste		2 008
	TOTAL	2 499 fr.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Anévrysme et iodure de potassium en 1857,

Par P. Duroziez.

Nous avons eu la satisfaction de restituer à Bouillaud la cure des anévrysmes par l'iodure de potassium. Nous avons cité une observation datant de juin 1858; nous en retrouvons une datant de mai 1857, et où nous avons poussé les doses jusqu'à 4 et 5 grammes, faisant le service comme chef de clinique pendant les vacances. Les saillies extérieures s'affaissaient, les symptômes s'atténuaient; le traitement était aussi heureux que possible. A la suite d'un rétrécissement de l'urèthre, il survint un abcès urineux avec gangrène; ces nouveaux accidents disparurent, mais la maladie reprit son cours. Malgré la mauvaise issue, ce fait était encourageant. En s'adressant à une période moins avancée de la lésion, on pouvait espérer la guérison.

Bouillaud ne dépassait pas 1 ou 2 grammes; nous avons employé jusqu'à 4 et 5 grammes; avons-nous eu raison? Nous ne le pensons pas; l'emploi de ces fortes doses montre qu'on voulait tirer de l'iodure de patassium tout ce qu'il pouvait donner. Il est donc établi que, dès 1857, on se servait sérieusement, et avec avantage, de l'iodure de potassium dans la cure des anévrysmes. A l'autopsie, nous avons trouvé des caillots solides, stratifiés; l'iodure de potassium ne liquéfie pas les caillots. Sous l'influence de 1 gramme d'abord, puis de 2 grammes, l'amélioration se prononce. Un changement notable est indiqué; on entend du froissement au niveau de la tumeur et un double tinnitus. Puis, sous l'influence de 3 grammes, le malade urine difficilement. Les pouls radiaux sont égaux, mais la carotide gauche est difficile à sentir. La tumeur a envahi tout le sommet gauche; on note de l'œdème de l'espace sus-claviculaire gauche.

Le 10 décembre, sous l'influence de 4 à 5 grammes, nous notons l'affaissement considérable de la tumeur. Le pouls est sensiblement égal des deux côtés. Des accès de fièvre ont paru, dus probablement aux lésions urinaires. Le malade passe en chirurgie. L'anévrysme reprend sa course et le malade meurt. Nous eussions dû faire opérer son rétrécissement plus tôt. L'iodure de potassium a fait tout ce qu'il pouvait faire.

Noyrit, 54 ans, chaudronnier, né à Hennebon (Morbihan), entre à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 15, le 8 mai 1857, et meurt le 2 février 1858.

Anévrysme double, aorte ascendante et crosse; la paroi de la grande poche est formée en partie par le sternum. Iodure de potassium à 1, 2, 3, 4 et 5 grammes. Grande dimi-

nution de la saillie extérieure; formation de caillots concentriques, en lamelles. Résultat aussi bon que possible, mais non pas guérison. Rétrécissement de l'urèthre. Abcès urineux.

Soldat de 22 à 38 ans ; il est malade depuis deux ans, travaillant quinze jours, se reposant quinze jours, ne travaillant plus depuis un mois, non alité. Il y a dix-huit mois, il est resté trois semaines à la Charité pour une névralgie du côté gauche de la face (on a appliqué un vésicatoire sur la tempe gauche). Cinq ou six semaines après, névralgie cervico-brachiale. Il y a six mois, palpitations, oppression; il avalait de travers, était enroué et toussait. La grosseur apparente date de six mois.

Le cœur est de grosseur normale; les claquements sont nets; la tumeur soulève la clavicule gauche. Pouls 88. Resp. 15. Temp. 37°5.

Le 3 juin. — Pas de frémissement; pas de souffle.

Le 5. — Souffle au premier temps.

Le 25. — Souffle le plus fort le long de l'artère pulmonaire.

Le 26. — Souffle à la pointe jusqu'à la tumeur; maximum à la pointe. Veines dilatées.

Le 8 juillet. — Souffle au premier temps, limité à gauche deuxième et troisième espaces. Impulsion à la main. On sent le tac des sigmoïdes. La tumeur est diminuée.

Le 13. — La tumeur s'affaisse. Souffle localisé dans le deuxième espace, contre le sternum.

Le 17. — Affaissement évident. Souffle dans le même point. Pas de lésion d'orifice. Pas de frémissement.

Le 18. — Pâleur. Souffle.

Le 20. — La clavicule se dessine mieux.

Le 30. — Voix meilleure.

Le 3 août. — Un peu de dévoiement hier et avant-hier. *On a supprimé l'iodure de potassium* à la dose de 1 gramme. Le souffle est plus large, sur une plus grande surface. Moins de matité en arrière, en haut. Le souffle bronchique existe encore, moindre.

Le 5. — *On a repris l'iodure de potassium* Le dévoiement a reparu. La tumeur diminue. En arrière, la résonance est bonne. Le souffle a presque complètement disparu. Souffle assez confus; second espace intercostal gauche contre le sternum. Soulèvement du doigt appliqué sur la tumeur, premier et deuxième espaces intercostaux gauches.

Le 8. — Changement notable. Au niveau de la tumeur, froissement superficiel; double tinnitus métallique. Au niveau du deuxième espace, souffle simple habituel.

Le 10. — Vestige de souffle.

Le 13. — Souffle au niveau de la tumeur. Souffle bronchique très limité en arrière, assez fort. Pas de matité au sommet. *Iodure de potassium, 2 grammes.*

Le 21. — Un peu d'épistaxis, narine droite. Souffle au deuxième espace.

Le 9 septembre. — Pouls 108.

Le 10. — Pouls 96. — Soir, pouls 120. Moins de céphalalgie. Rien à la gorge. Se trouve mieux, mais urine difficilement. *J'ai supprimé l'iodure qu'il prenait à 3 grammes.*

Le 11. — Mieux. Urine un peu difficilement. — Soir. La tumeur comprend tout le sommet de la cavité gauche à partir du deuxième espace, en avant et en arrière; très peu de résonance à ce niveau. En arrière, respiration amphorique. Lèvres violettes.

Le 12. — Le cœur est plus petit qu'à l'état normal. La pointe bat au mamelon. Les pouls radiaux sont égaux. Carotide gauche difficile à sentir. Pas le moindre frémissement.

Le 15. — Se trouve bien.

Le 16. — Pouls 108. Frisson.

Le 18. — Bien. Tintement du deuxième claquement.

Le 19. — Œdème de l'espace sus-claviculaire.

Le 27. — *Iodure de potassium, 4 grammes.*

Le 28. — Un peu de mucus dans l'urine. *Iodure de potassium, 5 grammes.*

Le 8 octobre. — Tumeur peu saillante. Gonflement des veines et œdème sus-claviculaire.

Le 9. — Pouls 108. Douleur en urinant. Miction fréquente. Constriction de la gorge. — Soir, pouls 100.

Le 10. — Plus tranquille. Moins de douleur pour uriner. — Soir, pouls 120.

Le 13. — Bien. La tumeur s'est affaissée, est moins haute, est plus au niveau de la clavicule droite.

Le 15. — Le malade se trouve mieux, a la voix plus claire. Tumeur affaissée. Souffle du deuxième espace. Double tintement au niveau de la tumeur.

Le 16. — Hier, frissons. Chaleur et fièvre ce matin.

Le 17. — Mieux.

Le 20. — Bien.

Le 23. — Le poumon gagne du terrain en avant. La voix s'éclaircit.

Le 24. — Moins d'œdème sus-claviculaire.

Le 4 novembre. — Beaucoup de diminution. Tic-tac argentin. Souffle moins fort.

Le 10. — Soulèvement de masse encore très visible, malgré l'affaissement considérable de la tumeur. La main sent le tic-tac; tic très sec, rude, plus clair en bas, plus voilé vers la tumeur. Souffle du premier temps léger; pas de frémissement. Douleur en urinant. Mouvements du cou libres. Veines bien moins dilatées. Pouls sensiblement égal des deux côtés.

Le 17. — Fièvre hier matin; tremblement, céphalalgie, sueur. Pouls 84. *Il a pris 4 grammes d'iodure tous les deux jours. On supprime.*

Le 23. — Un peu de peine pour monter.

Le 18 décembre. — La tumeur sous-pubienne, qui date d'un mois environ, a grossi beaucoup en quatre ou cinq jours; elle existe surtout à gauche.

21, soir. — A gauche, en arrière en haut, pas de respiration, souffle. Râles caverneux.

2 janvier 1858. — On sent toujours bien le soulèvement de la paroi. Souffle premier temps, deuxième espace. Tintement métallique.

La tumeur périnéale fait de grand progrès; les bourses se tuméfient, deviennent érysipélateuses et se gangrènent. Les douleurs sont atroces. Le malade pâlit.

Le 13, il passe en chirurgie chez Manec, et rentre chez nous le 19 février.

Le 23, soir. — Le cœur est très refoulé en bas; on le sent battre dans le creux épigastrique. Le foie est abaissé. Les poumons atteignent le rebord des fausses côtes. On sent battre comme deux cœurs. La matité est complète au niveau des cartilages des première, deuxième et troisième côtes gauches. La tumeur anévrysmale est volumineuse; on sent battre l'aorte dans le creux sus-sternal. Dilatation des jugulaires des deux côtés.

Le 24, soir. — Accident subit vers deux heures de l'après-midi. Le malade dit qu'il étouffe. Pouls 108, petit, irrégulier. Orthopnée. Il ne répond pas. Les yeux sont saillants. Expiration sifflante et faible. Il meurt.

Autopsie. — Le cœur est aplati, abaissé, divisé en deux lobes placés l'un à côté de l'autre. Les poumons sont écartés. Une première tumeur dure, détachée comme un champignon sur la paroi gauche de l'aorte ascendante, est au niveau du deuxième espace intercostal gauche; elle est remplie aux trois quarts d'un caillot stratifié. L'artère pulmonaire s'enfonce en arrière au-dessous de ce premier anévrysme au-dessus duquel en est un autre beaucoup plus considérable. En arrachant le sternum, nous avons décortiqué, décoiffé celui-ci, une partie de la paroi est formée par lui. La tumeur est dure, composée de même que la première de caillots stratifiés, elle surmonte l'aorte dont elle est séparée par un étranglement.

La paroi diffère de celle de l'aorte, elle est moins épaisse, grise, de couleur et de consistance cartilagineuse; elle est formée par un nombre de feuillets moindre que celui de la membrane moyenne de l'aorte. Enfin la poche éclate et le caillot sanguin apparaît. Une partie de cette grande tumeur est libre; vers le fond, en haut, est l'embouchure de la carotide gauche collée derrière la tumeur. La sous-clavière gauche est également collée derrière la tumeur. Une partie de la poche est formée par l'espace qui

sépare la carotide de la sous-clavière. Les caillots entourent l'origine de la carotide gauche, tandis qu'on peut suivre la sous-clavière jusqu'à son abouchement sans couper le caillot. Le tronc innominé est placé en avant à droite de la tumeur. La trachée est rejetée à droite.

Si on coupe la tumeur, on pénètre dans l'aorte énormément dilatée. C'est surtout la crosse de l'aorte qui forme la tumeur, la partie ascendante de la crosse, le sommet, tout ce qui est placé entre le tronc innominé et l'origine de la carotide gauche. L'aorte est semée de nombreuses plaques athéromateuses. L'aorte descendante est dilatée. Les poumons contiennent des noyaux d'apoplexie. Les reins sont congestionnés. On trouve de la cystite, un rétrécissement de l'urèthre et de la dilatation à tergo.

Chez deux autres individus (Jauneau et Legris), l'un forgeron, l'autre serrurier, l'un âgé de 39 ans, l'autre de 43, en 1858 et 1859, Bouillaud a employé l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme, sans que nous ayons constaté d'amélioration analogue à celle signalée dans notre première observation; il est vrai de dire que nous n'avons pas eu à voir les autopsies.

L'iodure de potassium a été employé dès 1857 dans la cure des anévrysmes, par Bouillaud, dans le service de clinique de la Charité. Pendant les vacances, faisant le service comme chef de clinique nous avons poussé les doses jusqu'à 5 grammes, sans avantage suffisant pour recommander ces doses fortes auxquelles on n'était pas habitué en 1857.

CORRESPONDANCE

Sur l'origine équine du tétanos.

Montbéliard, 21 septembre 1888.

Honoré maître et cher confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre communication à l'Académie de médecine; le docteur Petit la commente en ces termes dans l'*Union* du 15 septembre : « Si ces deux faits ne prouvent pas grand'chose en faveur de l'origine équine du tétanos, etc. » Je me permets de vous communiquer un fait de ma pratique, où cette origine ne me paraît pas douteuse.

Il s'agit d'une femme C..., âgée de 65 ans, sans antécédents morbides, habitant un village, qui, le 17 mai 1886, en conduisant à l'abreuvoir un jeune cheval, très vif et non ferré, reçut, dans une ruade de l'animal, un coup de pied sur le talon. Il en résulta une plaie d'environ 10 centimètres, à lambeau inférieur tombant sous la plante du pied, et laissant à nu l'insertion du tendon d'Achille et la tubérosité inférieure du calcanéum. Le lambeau fut relevé par trois points de suture, le tout recouvert d'un pansement à l'iodoforme. Ce pansement fut levé trois jours après, le 20 mai; la plaie bourgeonnait bien, pas de fièvre.

Le 23, nouveau pansement, quelques douleurs dans la blessure, un peu de suppuration. La malade se plaint de douleurs au fond de la gorge et de difficulté d'avaler. Je veux examiner l'arrière-gorge avec une cuiller, mais il m'est très difficile de faire desserrer les mâchoires. Temp. 39°6, pouls 110. Je ne constate aucune rougeur du fond de la gorge et pas trace d'inflammation.

Le 24, contracture des masséters, trismus tel qu'il est impossible d'écarter les mâchoires, douleur et raideur de la nuque. Temp. 40°8, pouls 120. Lavements avec 8 gr. de choral.

Le 25, trismus, opisthotonos, cyanose, contractures des membres; la malade meurt dans la soirée.

Tel est le premier cas de tétanos qu'il m'ait été donné d'observer. Dans le village

habité par cette femme, il m'a été impossible de relever aucun fait se rapportant de près ou de loin au tétanos; l'hypothèse d'une contagion quelconque peut donc être écartée. Par contre, il est ici facile de chercher et de trouver le cheval, auteur de l'accident; l'animal sortait de l'écurie, le sabot était sans fer et maculé de fumier, dont j'ai enlevé quelques débris restés dans la plaie. Six jours après, la blessure n'étant pas encore cicatrisée, se manifestaient les premiers symptômes de la terrible affection.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer un second cas du même genre, mais où l'origine équine était plus difficile à trouver; je n'ai pas recueilli l'observation. C'était un ouvrier travaillant dans un tissage, situé dans un village agricole des environs; ce malheureux avait eu le bras littéralement arraché dans une transmission; le ventre était disséqué, les pertes de substance considérables J'assistai, en cette occasion, un de mes confrères, médecin de l'usine où travaillait le blessé. On pratiqua les ligatures et on régularisa l'amputation à 20 centimètres au-dessous de l'épaule. Je perdis le malade de vue, mais j'appris de mon confrère que, trois semaines après l'accident, notre blessé mourait du tétanos avec une réunion parfaite de sa plaie d'amputation; les plaies abdominales n'étaient pas cicatrisées. Ce fait se passait plus d'une année après le premier, je ne pense pas avoir servi de véhicule au contage; je constate cependant que le village habité par l'ouvrier est essentiellement agricole, possédant beaucoup de chevaux et des fumiers devant toutes les maisons de culture.

Si ces observations peuvent jeter quelque lumière sur la question encore si obscure de l'étiologie du tétanos, je serai heureux de vous les avoir communiquées en vous autorisant à en faire l'usage que vous jugerez convenable.

Agréez, etc. Dr VESSEAUX.

REVUE DES JOURNAUX

Etude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou jacksonienne, par A. PITRES. (*Revue de médecine*, août 1888.) — L'épilepsie partielle ou jacksonienne est essentiellement caractérisée par des accès convulsifs à aura motrice progressive, dont la description est devenue de connaissance vulgaire.

En dehors de ces accès convulsifs typiques, on observe assez souvent, chez les épileptiques partiels, des épisodes pathologiques, paroxystiques et transitoires, véritables accès incomplets ou larvés d'épilepsie partielle, qui rappellent par leurs apparences symptomatiques les formes aujourd'hui bien connues de la grande épilepsie larvée, mais qui en diffèrent habituellement par la conservation intégrale de la conscience pendant toute leur durée.

A côté, et indépendamment des accès épileptoïdes convulsifs, il y a donc lieu de décrire des accès épileptoïdes sensitifs, sensoriels, psychiques et paralytiques comme des équivalents cliniques de l'épilepsie partielle convulsive, au même titre que les accès de manie ou d'automatisme épileptiques sont considérés comme des équivalents cliniques des grands accès convulsifs du mal comitial.

Du traitement des abcès du poumon consécutifs à la pneumonie franche, par P. SPILLMANN et HAUSHALTER. — L'abcès du poumon consécutif à la pneumonie peut guérir par résorption, évacuation dans les bronches ou à l'extérieur; mais son mode de guérison même est souvent un danger; on connaît la gravité des conséquences de l'ouverture de l'abcès dans le péricarde, la plèvre ou le foie, ou sur ceux d'une fistule pneumo-pleuro cutanée. Le plus souvent, l'abcès du poumon conduit plus ou moins rapidement le malade à la septicémie, au marasme et à la mort.

En face d'un pronostic si sombre, plusieurs chirurgiens n'ont pas hésité à aller à la recherche du foyer de suppuration, dans le but de l'évacuer à l'extérieur, d'éviter son ouverture dans des organes importants et d'amener une guérison prompte.

Mais, avant de recourir à l'intervention opératoire, il faut, par tous les moyens de diagnostic et, en particulier, par la ponction exploratrice, s'assurer d'une façon certaine de l'existence et du siège de l'abcès.

MM. Spillmann et Haushalter pensent que, quand un abcès est diagnostiqué *dans le cours* d'une pneumonie, l'intervention est, en général, à rejeter; mais, *si la pneumonie guérit et que l'abcès persiste*, l'intervention peut amener une guérison rapide, ou en tout cas prévenir les accidents graves résultant de l'ouverture de la collection purulente dans les organes circumvoisins ou à l'extérieur.

Avant d'ouvrir l'abcès, il est utile de provoquer des adhérences pleurales, si elles n'existent pas. Pour arriver à l'abcès, le meilleur procédé semble être la résection costale avec ouverture du poumon au thermo-cautère. Il faut favoriser au moyen d'un drain l'écoulemet complet des liquides septiques; on doit écarter les lavages antiseptiques (les liquides provoquent des quintes de toux, peuvent amener des bronchites ou des broncho-pneumonies mortelles); on donne la préférence aux pansements secs (antiseptiques en poudre). On peut bourrer la cavité pulmonaire avec des bourdonnets de gaze phéniquée ou de coton saupoudré d'iodoforme; pansement antiseptique sur le thorax. — Dans les cas d'abcès consécutifs à une pneumonie, la guérison complète est non seulement possible, mais relativement rapide après l'intervention chirurgicale.

(*Revue de médecine*, août 1888.)

La chorée héréditaire, par M. Lannois. — Cette affection, pour laquelle M. Lannois a soigné plusieurs personnes d'une même famille, ne semble pas très commune. Elle a été signalée dans la thèse d'agrégation de M. Déjérine (*L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. 1886) et par l'auteur lui-même dans sa thèse d'agrégation (*Nosographie des chorées*, 1886). On a appelé encore cette affection *chorée de Huntington* (du nom de l'Américain qui l'a décrite le premier), *chorée chronique progressive*, *chorée chronique avec troubles psychiques*, *chorée héréditaire des adultes* (Eichhorst).

La chorée héréditaire doit avoir une place à part dans le groupe des chorées arythmiques. C'est une maladie de l'âge adulte et de l'âge mur, qui, au point de vue étiologique, se caractérise par l'influence prépondérante et essentielle de l'hérédité; c'est une hérédité directe ou similaire, les ascendants transmettent à leurs enfants la chorée qu'ils avaient eux-mêmes. Au contraire, la chorée vulgaire (Ch. de Sydenham) survient chez des sujets dont les ascendants étaient atteints d'hystérie, d'épilepsie, de maladie de Basedow, d'aliénation mentale ou d'autres névropathies non similaires.

Au point de vue symptomatique, la chorée héréditaire se rapproche beaucoup de la chorée vulgaire ou de Sydenham, dont elle diffère cependant par ce fait capital que la volonté fait temporairement cesser les mouvements incoordonnés.

Un certain nombre de faits englobés sous le nom de chorée des adultes ou de chorée des vieillards doit vraisemblablement être rattaché à la chorée héréditaire.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses; il doit cependant être fait avec les autres formes de chorée arythmique, avec le paramyoclonus multiplex et surtout avec la maladie des tics convulsifs.

La marche est lentement progressive et aboutit, après une durée plus ou moins ongue, à la mort; la chorée héréditaire est jusqu'à présent incurable. — P. L. G.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (DEUXIÈME SEMESTRE 1887) (1).

23 novembre. — M. Pierret soutient depuis longtemps que la paralysie infantile est une maladie infectieuse, il est arrivé à cette opinion par des études anatomo-pathologiques et des études d'anatomie comparée. C'est lui qui a fait dans le laboratoire de M. Charcot les premiers dessins de paralysie infantile. Il s'éleva ensuite une discussion entre M. Charcot, qui y voyait surtout une inflammation parenchymateuse, et MM. Roger et Damaschino, qui y voyaient une myélite diffuse. L'un étudiait des moelles vieilles, cicatrisées; les autres, des moelles en voie d'évolution. Puis M. Bochefontaine publia un

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 25 septembre 1888.

cas de paralysie infantile chez le chien. M. Pierret étudiant une moelle analogue de jeune chien, y trouva une myélite avec exsudat périvasculaire; en somme, ce qu'on trouve dans les affections infectieuses du système nerveux, syphilis, variole, rage. M. Mathis a trouvé le microbe de cette maladie du chien qui a bien quelques différences avec la paralysie infantile, mais on conçoit qu'une localisation microbienne soit chose essentiellement variable. Parmi les cas de M. Cordier, certains présentent le syndrome de l'hémiplégie infantile. Y a-t-il toujours eu réaction de dégénérescence? Cependant M. Pierret, tout en partageant l'avis de M. Cordier sur la nature microbienne de la paralysie infantile, ne voudrait pas que la question fût considérée comme absolument tranchée. Il pourrait s'agir, à la rigueur, d'une fièvre éruptive plus ou moins connue, compliquée d'accidents nerveux.

— M. F. Rollet présente un malade de M. Poncet porteur d'une *tumeur de la région postérieure de la cuisse.* A l'attaque de Montretout, il reçut un éclat d'obus dans la région fessière. Au bout de trois moins, il était complètement guéri. Mais, il y a cinq ans, il est survenu une petite tumeur en arrière de la cuisse, tumeur qui grossit peu à peu, amena l'année dernière une inflammation de toute la cuisse qui disparut bientôt. La tumeur est en forme de gourde, du volume d'un gros œuf, irréductible, sans battements. M. Poncet croit à un enkystement de l'éclat d'obus, car on sent un corps dur donnant une sensation de ballottement.

1er décembre. — M. Goullioud présente un enfant qui a guéri après un *enfoncement du frontal avec issue de substance cérébrale.* L'évolution simple et favorable doit être attribuée à l'absence de suppuration. Il n'y a pas eu de troubles intellectuels; la motilité et la sensibilité sont restées intactes. Les fragments pénétraient dans le cerveau; on a essayé de les redresser, ce que l'engrènement a d'ailleurs rendu impossible. Il a fallu se résoudre à enlever quatre parcelles osseuses considérables. Deux artères de la dure-mère et de la pie-mère ont été liées. On a alors placé un tamponnement de gaze iodoformée. Les suites de l'opération, et malgré la perte importante de substance cérébrale, ont été très simples pendant les treize premiers jours. A cette époque, on a trouvé, en enlevant le pansement des bourgeons adhérents. Le pansement suivant a fait craindre un instant une tendance à la hernie cérébrale, ce qui n'a pas duré d'ailleurs, et, il y a un mois environ, la cicatrisation complète a été obtenue. Cette plaie n'a pas suppuré. Cet enfant qui, actuellement, porte un appareil préservateur, sera-t-il obligé de le garder? N'y aura-t-il pas reproduction osseuse? On en connaît des exemples. Le cas présent peut donc donner quelque espérance si l'on tient compte surtout de l'âge du sujet qui n'a que neuf ans.

— M. Loison présente le cerveau d'un malade ayant appartenu au service de M. Renaut. Cet individu, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital, le 20 novembre, dans un état semi-comateux; il répondait cependant par oui et par non, se plaignait uniquement de souffrir de la tête. Il n'y avait aucun signe de paralysie, mais un myosis très prononcé; la température était à 38°4; l'urine était albumineuse; on posa le diagnostic urémie. Il mourut au bout de trois jours; il y avait bien quelques lésions rénales, une pâleur de la substance corticale, chair de saumon. Mais on trouva dans l'encéphale une hémorrhagie corticale à la partie antérieure de la face interne de l'hémisphère droit, au niveau du genou du corps calleux. Le diagnostic était impossible, et l'absence de symptômes n'est pas étonnante, la lésion appartenant à la zone latente.

— M. Léon Tripier fait une communication relative à la *stérilisation des liquides et des objets de pansement* qu'il emploie dans son service depuis six mois. Déjà, en novembre 1888, il fit installer un appareil de stérilisation pour les instruments de chirurgie; c'est une étuve à huile destinée à remplacer le flambage, moyen insuffisant et qui dénature les instruments. Malgré l'application, si rigoureuse à cette époque, de la méthode de Lister, il eut des cas de gangrène gazeuse. Depuis l'emploi de l'étuve à huile, il n'en a pas eu. D'autres expériences montraient qu'il fallait stériliser les objets de pansement, et, pour cela, employer la chaleur humide.

7 décembre. — M. Mollard présente un jeune malade du service de M. Cordier qui

s'est affaibli peu à peu; les jambes sont devenues faibles et l'équilibre manque; les articulations ont été le siège de douleurs assez vives et il y a de l'herculéisme du membre inférieur. Au niveau de la région lombaire se trouvent des cicatrices et une douleur assez vive existe à la pression. C'est une *paralysie pseudo-hypertrophique.*

Un deuxième malade présenté est atteint d'un *mal de Pott lombaire.* Il a eu plusieurs abcès ouverts dans le triangle de Scarpa et s'est bien remis sous l'influence d'injections d'éther iodoformé. Chez les enfants scrofuleux, ces injections ont donné d'excellents résultats. Si parfois quelques insuccès ont été relatés, c'est que les doses injectées étaient trop fortes.

— M. Pic présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort de *néphrite parenchymateuse.* Le rein gauche paraît avoir un volume excessif, et celui du côté droit semble un véritable lipôme. Il existe, d'autre part, un seul uretère.

— M. Rollet montre le *corps étranger* extrait de la cuisse d'un homme qui a été présenté à la Société. Ce corps étranger à la forme d'un gros bouton en plomb.

— M. Rodet fait une communication sur la présence du *bacille typhique dans les eaux.* Il a examiné deux eaux provenant : l'une de Cluny, l'autre d'un puits voisin d'une habitation où cinq cas de dothiénentérie sont survenus depuis 1878. Ces deux échantillons ont présenté le bacille typhique.

Pour trouver ce bacille, on l'isole dans une culture de gélatine ou dans des milieux variés. L'eau est déposée dans un tube contenant de la gélatine qu'on solidifie en plaçant le tube sous un courant d'eau froide. Il est préférable d'ajouter à la préparation de l'acide phénique en proportion variable de 1/1000e à 1/5000e. La plupart des germes étrangers sont de la sorte détruits, tandis que le microbe de la dothiénentérie subsiste. L'acide phénique, toutefois, ralentit la culture. Sur la pomme de terre, on obtiendra des résultats bien plus rapides.

14 décembre. — M. Paliard, interne des hôpitaux, présente le cerveau d'un enfant de 13 ans, mort, dans le service de M. le professeur Lépine, d'une *méningite* et atteint de ramollissement cérébral. A l'autopsie, on a trouvé les signes de ramollissement; l'examen microscopique a révélé dans la capsule interne la présence de corps granuleux.

— M. Clément montre de petits *calculs biliaires* sortis par l'ombilic d'un malade qui souffrait de coliques hépatiques. Il croit que ce cas est assez rare dans la science.

— M. Poncet, pendant qu'il était à la Croix-Rousse, a eu occasion de traiter un individu porteur d'une *fistule ombilicale,* rebelle au traitement, et qui paraissait communiquer avec la vésicule biliaire. Un petit calcul avait été éliminé par cette voie.

— M. Gangolphe, pendant une suppléance de M. Pollosson à la Croix-Rousse, a soigné un malade pour une *osteo-myélite gommeuse,* à la suite d'une fracture. Les deux os de la jambe, apportés par M. Gangolphe, ont eu la diaphyse envahie et une augmentation de volume. Le cas présent est un bel exemple du début central de l'ostéo-myélite gommeuse. Il y a un envahissement de la plus grande partie de l'os, une diminution de résistance, une absence de séquestre et de suppuration.

21 décembre. — M. Farjannel présente à la Société un soldat porteur d'une lésion située au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite, et dont on n'a pu faire le diagnostic. Le malade n'a rien d'anormal dans les antécédents; il y a quatre ans, toutefois, il fit une chute qui n'amena qu'une douleur légère. Il est entré à l'hôpital, il y a un mois environ, racontant que son cheval s'était emporté et qu'il avait ressenti un craquement au niveau de la région claviculaire. A l'inspection, on ne trouve absolument rien; les mouvements s'effectuent très bien avec une douleur de l'articulation, cependant. Au niveau de l'articulation, on perçoit une crépitation très nette. Est-on en présence d'une arthrite aiguë simple, d'une arthrite sèche ou d'une fracture du ménisque?

M. Poncet pense à une arthrite sèche, en raison surtout des traumatismes antérieurs. Il propose un traitement révulsif.

M. Augagneur a été frappé de la grande mobilité des articulations sterno-claviculaires chez ce malade. Il rapprocherait volontiers ce fait de certains accidents spéciaux aux articulations à ménisque. Des craquements persistants et douloureux se voient assez souvent dans l'articulation temporo-maxillaire, à la suite d'un effort exagéré pour bâiller, pour briser un corps dur. M. Augagneur est tenté de dire que le malade a présenté une entorse du ménisque intra-articulaire.

— M. Chaintre montre la partie supérieure du crâne d'un individu mort, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, et qui avait reçu sur la tête un morceau de fonte de 15 kilogrammes tombé d'un troisième étage. L'individu fut apporté dans le service de M. le professeur Poncet, dans un état semi-comateux Il sortit toutefois de cet état d'abattement, et l'on put constater une paralysie du bras gauche; une paralysie faciale du côté droit survint également. Il passa cependant une nuit assez tranquille et, le lendemain, on trouva une plaie des téguments et une fracture compliquée; de petits fragments d'os pénétraient dans la dure-mère. On les enleva et on appliqua un pansement. La mort survint peu après. Le crâne présente une échancrure qui part du pariétal pour aboutir aux sinus frontaux. A la base du crâne, on n'a pas trouvé de fracture. Quant au cerveau, on pouvait y voir une véritable anfractuosité au niveau de la scissure de Rolando. On n'a pas eu à signaler de troubles intellectuels.

M. H. Mollière a été frappé de la conservation de certains mouvements de la main.

— M. Adenot présente le cerveau d'un malade entré pour troubles cérébraux. On notait une paralysie du moteur oculaire externe du côté gauche. Il n'y avait pas de troubles de l'olfaction et la mort est survenue à la suite d'un phlegmon. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur située sur le rocher.

— M. Albert lit un travail de M. Gavoy, médecin principal à Limoges, sur la non-identité du *cysticerque ladrique* et du tænia solium.

28 décembre. — M. Lecreux présente un malade qui a rendu quatre calculs par la fosse iliaque droite.

— M. Farjannel montre une balle et le *rein* d'un soldat blessé par ce projectile. Il s'agit d'un individu qui s'est suicidé. La mort n'est pas survenue immédiatement et, entré une heure et demie après l'accident à l'hôpital militaire, le blessé a présenté les signes suivants : la balle, qui est celle d'un revolver d'ordonnance, avait provoqué une plaie pénétrante de l'abdomen; elle avait passé en avant, dans le neuvième cartilage costal, et était sortie entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire. Douleurs vives dans l'aine, affaiblissement considérable, sensation de refroidissement, arrêt de la sécrétion urinaire, tels furent les principaux symptômes. Puis survint une hématurie qui dura jusqu'à la mort. A côté de la lésion rénale, l'autopsie révéla une perforation du diaphragme, du grand épiploon, du mésentère et quatre perforations différentes de l'intestin grêle situées à 80 centimètres environ de l'ouverture pylorique. Il a été impossible cependant de constater un épanchement de matière stercorale dans l'abdomen qui contenait beaucoup de sang. M. Farjannel pense qu'il n'y avait pas d'intervention indiquée.

M. Augagneur insiste sur ce fait que l'intestin a pu reprendre ses fonctions après un traumatisme considérable. Il est probable que le malade est mort de péritonisme.

— M. Sabatier montre à la Société quatre *bassins coxalgiques*. Ils présentent une série de transformations assez nettes, d'où l'on peut conclure : 1° les bassins coxalgiques sont obliques-ovalaires; 2° l'obliquité se fait en sens inverse, tantôt du côté sain, tantôt du côté malade; 3° l'obliquité du détroit supérieur se prolonge au détroit inférieur; 4° l'atrophie ou l'hypertrophie de l'os est constituée par une action réflexe de l'arthrite coxo-fémorale. Enfin, il est intéressant de se demander si cette viciation anatomique donne lieu à des complications dans les accouchements. Ce n'est pas le cas; les accouchements dans les bassins coxalgiques sont lents, mais réguliers.

— M. Augagneur fait une communication sur un cas de *rupture traumatique de la*

tunique vaginale dans l'hydrocèle. Les faits de ce genre où il y a eu intervention sont rares, et la plupart des auteurs préconisent l'abstention chirurgicale et la simple application de compresses d'eau de mauve sur la région. Chez le malade de M. Augagneur, la tunique vaginale était perforée à la partie supérieure et ses bords adhérents à la peau. De chaque côté, il pratiqua une résection de 2 centimètres environ, un drain fut placé à la partie supérieure et le malade guérit en cinq jours. Cette opération est neuve et diffère de celle de Reverdin, qui n'a fait qu'une simple incision. — P. C.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhagique. — Hamonic.

Sous-nitrate de bismuth	5 grammes.
Sulfate de quinine	1 gramme.
Hydrolat de roses	130 grammes.

Mêlez, sans dissoudre le sulfate de quinine. — Trois injections uréthrales par jour. — Uriner avant l'injection, et retenir celle-ci 2 ou 3 minutes dans le canal, en comprimant le gland, afin de permettre à la poudre en suspension de se déposer. Après ce laps de temps, on desserre peu à peu le gland, l'eau sort du canal à peu près pure, et la poudre y reste, de telle sorte que la quinine continue à agir, jusqu'à ce que la miction l'expulse de l'urèthre. — On continue les injections plusieurs jours après la cessation de l'écoulement, afin d'éviter les récidives. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Abus de la consultation gratuite a Liège. — La Société médicale de Liège s'est occupée de la question des policliniques, et, à ce propos, le docteur Brasseur a présenté certaines considérations sur les abus auxquels a donné lieu l'installation des services de policliniques. Il a fait remarquer que depuis leur installation le nombre des malades qui viennent réclamer des soins à la consultation des hôpitaux a à peu près doublé; pourquoi cette augmentation? Elle est due, en grande partie, à ce que nombre de gens, aisés ou riches, viennent chaque jour à la policlinique réclamer des soins auxquels ils n'ont aucun droit. Cet état de choses est déplorable, non seulement pour le corps médical, qui est dans ces circonstances véritablement dupe, mais également pour le bien des pauvres qui est, pour une part considérable, employé à l'usage des personnes aisées au détriment des indigents.

M. Brasseur propose de ne plus admettre aux policliniques que les personnes qui se présenteront munies d'un certificat d'indigence. (*Bull. méd.*).

Les sociétés de tempérance a Londres. — Il existe en Angleterre une Société de tempérance dont les membres déclarent ne boire jamais d'alcool. Ce sont les « teatotalers. »

Or, on vient d'examiner plusieurs boissons qu'ils boivent communément et dans toutes on a trouvé une assez grande quantité d'alcool. Bizarre tempérance! (*Bull. méd.*).

COURRIER

Organisation du concours pour les places de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875;

Vu le décret du 25 mars 1852;

Vu l'arrêté ministériel en date du 6 mars 1888 instituant une commission chargée d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés;

Vu le rapport présenté par ladite commission (1) :

Vu l'avis de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts;

Arrête :

Article premier. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Le concours sera régional; il y aura autant de régions que de Facultés de médecine de l'Etat. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

Art. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins, comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de service quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal Officiel* et dans le *Recueil des Actes Administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs-médecins et les médecins en chef

(1) Cette commission était composée de MM. Bourneville, président et rapporteur; Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse; Giraud, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares.

appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux* pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20. 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 30 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico légal. Le maximum des points sera de 30; 4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879.

Art. 9. — Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 juillet 1888.

Pour le président du conseil, le sous-secrétaire d'Etat,

Signé : Léon Bourgeois.

— Le laboratoire municipal aura à examiner prochainement une substance alimentaire provenant de l'Italie et falsifiée avec le plus grand art. On parle de riz moulu dans lequel entrerait environ 25 p. 100 de poussière de marbre. Rappelons à ce sujet que, il y a quelques mois, un minotier de la Haute-Vienne, pour « blanchir » sa farine, n'avait pas hésité à y incorporer un sel de plomb. (*Bull. méd.*).

Commission des logements insalubres de la ville de Paris. — Dans sa séance du 16 septembre 1888, la commission des logements insalubres de la ville de Paris a approuvé 55 rapports concernant des cas d'insalubrité signalés dans divers immeubles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'hypertrophie de l'appareil amygdalien.

L'étude de cette question a pris dans ces dernières années une extension considérable, grâce aux recherches des rhino-laryngologistes. A l'ancienne hypertrophie tonsillaire, nous avons appris qu'il convenait d'associer celle des végétations adénoïdes naso pharyngiennes et l'hypertrophie des follicules de la base de la langue.

La raison qui justifie cette fusion est d'ordre anatomique et pathologique à la fois; les tonsilles ne sont, en effet, qu'une des parties de l'anneau lymphatique de la gorge, ainsi que l'a dénommé Waldeyer; cet anneau comprend l'amygdale pharyngée et les amygdales palatines, agrégats volumineux de follicules lymphoïdes, un amas de follicules clos voisin de la trompe d'Eustache (amygdale tubaire), les glandes folliculaires de la base de la langue (amygdale linguale), enfin des prolongements de tissu lymphoïde sur les parois latérales du pharynx, vers les fosses nasales, le voile du palais, le larynx et la trachée.

Cette communauté de tissu conduit à une lésion commune les diverses parties constituantes du carrefour bucco-naso-pharyngien, et, si le processus inflammatoire se localise dans certains cas plus particulièrement sur tel ou tel point, le plus souvent la région tout entière est malade.

La connaissance des lésions de l'appareil lymphoïde amygdalien est devenue particulièrement intéressante depuis que sa physiologie, longtemps méconnue et considérée comme insignifiante, s'est trouvée éclairée d'un côté par la bactériologie comme tant d'autres questions médicales; de l'autre, par la découverte d'actions réflexes ignorées jusqu'à ces derniers temps; elle s'impose d'ailleurs aux praticiens, parce que la thérapeutique a une prise considérable sur les troubles multiples causés par l'inflammation chronique du tissu amygdalien, lorsqu'on en sait reconnaître la véritable cause. — Les travaux sur l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes du naso-pharynx se sont succédé si nombreux dans ces dernières années, que le docteur Paul Balme vient de rendre un vrai service à quiconque veut se mettre au courant de cette question, en réunissant tant de matériaux épars pour les grouper, avec un sens critique très judicieux, dans une thèse inaugurale faite sous l'inspiration et avec les conseils de M. le docteur A. Ruault, chef du service de la clinique laryngologique des Sourds-Muets (1).

(1) *De l'hypertrophie des amygdales (palatines, pharyngées, linguale)*, Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888.

I

Quelques mots d'abord sur les points de la physiologie des amygdales récemment mis en lumière. En laissant de côté le rôle hématopoïétique, — qu'elles possèdent probablement au même titre que les ganglions lymphatiques, la rate, le thymus — et un prétendu rôle absorbant vis-à-vis de quelques-uns des éléments de la salive, que Hingston Fox leur a attribué hypothétiquement, nous devons considérer comme démontré leur *rôle phagocytaire.*

A l'état normal, on constate à la surface et dans les cryptes de l'amygdale un grand nombre de micro-organismes; beaucoup ne sont pas pathogènes, mais quelques-uns le sont: ainsi les staphylocoques et streptocoques pyogènes, le pneumocoque démontré par Pasteur, Frænkel, Sternberg, Netter, dans la salive de sujets sains ayant eu ou non une pneumonie antérieure. MM. Cornil et Netter ont observé des amygdalites à pneumocoques.

On sait que, d'après les recherches de Metschnikoff, les leucocytes sont les plus importants parmi les éléments anatomiques capables d'absorber et de détruire les microbes qui passent à leur portée (phagocytes); les amygdales, organes lymphoïdes tout pleins de leucocytes, travaillent très activement à arrêter, fixer et détruire les micro-organismes; non seulement elles forment une barrière entre l'organisme et ceux qui lui arrivent par la voie buccale, mais elles arrêtent ceux que leur apporte la circulation. « La plupart des amygdalites simples, dit Balme, ne sont vraisemblablement que l'expression d'une réaction phagocytaire énergique et passagère. La défense de l'organisme nécessite-t-elle une réaction longtemps soutenue et supérieure à la normale, on comprend que l'amygdale finira par s'hypertrophier, en vertu de l'aphorisme : la fonction fait l'organe. »

L'amygdale doit être considérée comme la porte d'entrée de bon nombre de maladies infectieuses; lorsque des influences dépressives comme le froid, le surmenage, l'alcoolisme, la misère physiologique, ont amoindri l'aptitude des phagocytes à combattre les microbes, la barrière amygdalienne est franchie et l'organisme infecté. Dès 1880, M. Bouchard signalait des cas d'amygdalites accompagnées ou suivies de néphrites infectieuses, l'urine renfermant des bactéries; on en a vu se compliquer d'arthropathies (pseudo-rhumatisme infectieux), d'orchite et d'ovarite (Joal). Kannenberg, Dubousquet-Laborderie, ont étudié aussi les amygdalites infectieuses. — On a vu l'amygdalite coïncider souvent avec la pneumonie (Cornil) ou la méningite à pneumocoques (Netter). — L'amygdale est la porte d'entrée la plus fréquente de la diphthérie. — Hingston Fox soutient que la scarlatine envahit toujours l'organisme par cette voie. — Il n'est pas impossible que certaines adénopathies tuberculeuses de la région cervicale soient la première étape de bacilles ayant pénétré par les amygdales.

Dans les maladies infectieuses où le sang charrie des germes entrés par une autre voie, les amygdales se trouvent secondairement affectées comme les autres organes lymphoïdes, dans la fièvre typhoïde par exemple, qui produit des lésions de la gorge.

Une autre particularité de la physiologie des amygdales, qui donne la clef de bon nombre d'accidents morbides associés aux hypertrophies amygdaliennes, a été exposée par M. Ruault dans une récente étude (1). Cet obser-

(1) *De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne.* (*Archives de laryngologie*, 1888.)

vateur a remarqué que l'irritation thermique de la tonsille, application d'une boule de galvano-cautère chauffée au rouge vers la partie moyenne de l'amygdale, détermine très souvent une vive douleur d'oreille; cette douleur est le résultat d'une *action réflexe partie du glosso-pharyngien* qui est en rapport avec les filets nerveux sensitifs de la caisse du tympan, par l'intermédiaire du ganglion otique. L'application du corps brûlant faite à l'extrémité inférieure de l'amygdale provoque, au contraire, des *réflexes dans la sphère du pneumo-gastrique* : toux, gastralgie, hypersécrétion acide de l'estomac.

Quant aux connexions physiologiques que certains auteurs tendent à admettre entre l'amygdale et les organes génitaux, elles ne sont point prouvées. Les faits pathologiques qui ont servi de base à cette opinion doivent cependant être tenus pour vrais, congestion cataméniale périodique étudiée par Genet (1), angine ménorrhagique de Jaccoud, angine herpétique de Bertholle (2). On peut penser qu'un état congestif analogue aux congestions nasales réflexes à point de départ génital (Mackenzie, de Baltimore), source d'épistaxis (Joal), crée une réceptivité morbide spéciale aux amygdales à l'époque des règles.

Pearce Gould a admis une sorte de balancement entre les testicules et les tissus adénoïdes, par suite duquel on verrait ces tissus, normaux (amygdales) ou morbides (végétations adénoïdes), s'atrophier spontanément à l puberté. Hingston Fox attribue la cause de cette atrophie moins à la puberté directement qu'à la diminution d'importance des centres de formation des leucocytes, de l'amygdale comme des autres tissus lymphoïdes, à partir de cette époque.

II

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur l'anatomie pathologique.

Celle des amygdales palatines a été étudiée depuis longtemps. Elle se trouve bien décrite dans l'Histologie Pathologique de Cornil et Ranvier et complétée par une bonne thèse de Gaillard (Paris 1881).

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne (tumeurs et végétations adénoïdes du pharynx nasal) a été étudiée récemment au point de vue histologique par Moure, par Chatellier (thèse, 1886).

L'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx buccal constitue la pharyngite latérale hypertrophique de Schmidt, Michel, Hering, ou pharyngite granuleuse; c'est l'ancienne angine glanduleuse de G. de Mussy.

Enfin l'hypertrophie des glandes folliculaires de la base de la langue (amygdale linguale) n'offre pas, d'après Swarin, de différence avec celle de la tonsille palatine.

III

L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES PALATINES se reconnaît à des signes physiques, que révèlent l'inspection et la palpation; elle provoque des troubles fonctionnels : digestifs, respiratoires, vocaux, sensoriels et généraux.

Une *inspection* complète n'est pas si facile à pratiquer chez les enfants et chez les individus à réflexes amydaliens très prononcés qu'on puisse faire fi des conseils suivants : Faire asseoir le malade bien en face de soi, lui

(1) Thèse de Paris, 1881.
(2) *Union médicale*, 1886.

recommander de se tenir droit, la tête très légèrement penchée en arrière; quand il a ouvert la bouche, placer franchement l'abaisse-langue (trempé dans l'eau tiède) bien à plat sur la langue et la déprimer progressivement, en recommandant au malade de respirer tranquillement.

Il peut être utile de provoquer un effort de vomissement en portant vivement l'abaisse-langue en arrière et en bas, pour diagnostiquer la variété d'hypertrophie que Chassaignac appelait *enchatonnée* et que Ruault appelle *latente* (1). Il y a, en effet, des cas où l'augmentation de volume de la glande s'est accomplie, non pas dans le sens transversal, mais dans le sens antéro-postérieur ou suivant l'axe vertical; elles peuvent alors ne faire qu'une très petite saillie en dehors des piliers et l'hypertrophie demeure méconnue, si on ne la met pas en évidence en provoquant les efforts de vomissement; elle a pourtant, dans ces cas, la même importance pathologique, notamment dans certains cas où l'amygdale, ayant subi surtout un allongement, descend dans le pharynx sur la partie postérieure du bord de la langue (amygdales *plongeantes*), et provoque des accès de toux comme la titillation de la base de cet organe par une luette trop longue et traînante.

La *palpation*, avec la pulpe de l'index dirigée en dehors parallèlement au plan de l'amygdale, est un mode d'exploration trop souvent négligé et cependant fort utile. On doit, pour le pratiquer, comme le recommandait Lasègue, tremper son doigt dans l'eau (ce qui lui permet de glisser plus facilement et de mieux percevoir les sensations tactiles). S'il s'agit d'un enfant indocile, il sera prudent de munir la première phalange d'un anneau métallique protecteur ou de plusieurs tours de diachylum pour éviter les morsures. Sauf pendant les poussées aiguës, cette exploration n'est pas douloureuse; elle provoque seulement la nausée chez certains sujets. Elle seule permet d'apprécier exactement, d'après la consistance, la *variété d'hypertrophie* à laquelle on a affaire, *molle* ou *fibreuse*, et par suite d'instituer une thérapeutique appropriée. Le doigt ramène quelquefois des amas de follicules sous forme de petits grains arrondis, ou le contenu caséeux de quelque crypte. On peut percevoir un calcul de l'amygdale. Les doigts de l'autre main placés sur le cou vers l'angle du maxillaire, en faisant une contre-pression médiate, complètent l'examen au point de vue de l'épaisseur, de la consistance et de l'état des ganglions.

Parmi les troubles fonctionnels, la douleur n'entre en ligne de compte qu'au moment des poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, dont la succession amène l'hypertrophie des amygdales; mais dans l'intervalle de ces poussées elle est nulle.

Les troubles digestifs sont: quelquefois une gêne de la déglutition, ordinairement insignifiante, à moins que les amygdales ne soient très volumineuses, — quelques enfants cependant avalent de travers et mangent très lentement, — les vomituritions et les nausées, quand le malade ouvre largement la bouche ou quand on lui place l'abaisse-langue.

La *dyspepsie*, qu'on observe fréquemment chez les adultes atteints d'hypertrophie amygdalienne, serait due, suivant Baudens et Chassaignac, aux hypersécrétions pharyngiennes et amygdaliennes qui sont quelquefois purulentes et même à l'imperfection des fonctions gustatives. M. Ruault, qui, instruit comme nous à l'école de M. Bouchard, sait bien observer les affections digestives et ne néglige jamais de porter ses investigations de ce

(1) *Contribution à l'hypertrophie des amygdales.* (*Union médicale*, 1887.)

côté, considère la dyspepsie avec ou sans gastralgie, avec ou sans dilatation de l'estomac, comme de règle chez les porteurs d'amygdales chroniquement enflammées. S'appuyant sur les résultats de l'expérimentation physiologique dont nous avons parlé plus haut, il incline à expliquer ces troubles digestifs par des réflexes divers, sensitifs, sécrétoires, inhibitoires, ayant les amygdales pour point de départ; il reconnaît pourtant, et M. Balme n'a pas été plus heureux, n'avoir pu observer jusqu'ici la guérison d'une dyspepsie à la suite de traitements uniquement dirigés contre l'hypertrophie des amygdales.

Les troubles respiratoires méritent d'être mis en première ligne parmi les conséquences de l'hypertrophie amygdalienne.

Les anciens auteurs ont tous signalé : la *dyspnée mécanique* produite par l'obstacle que les deux tonsilles juxtaposées par suite de leur accroissement apportent au passage de l'air; la nécessité de dormir la bouche ouverte et le *ronflement* bucco-pharyngé. Mais les recherches plus récentes ont montré que l'hypertrophie des amygdales palatines est rarement seule en cause; le plus souvent il existe en même temps une hypertrophie de l'amygdale pharyngée (tumeurs adénoïdes).

Ce qui est de découverte contemporaine, c'est la connaissance des *névroses respiratoires* attribuables à l'hypertrophie des amygdales palatines : l'*asthme bronchique* et la *toux amygdalienne*.

L'asthme bronchique de cause amygdalienne paraît infiniment plus rare que celui qui dépend d'une lésion nasale. On a cité les cas de Schmidt (1877), Parker (1879), une observation communiquée par M. Rendu à M. Ruault : « Un enfant de 8 ans fut atteint, à la suite d'une rougeole, de véritables accès d'asthme et de bronchites réitérées à caractère spasmodique, en même temps que ses amygdales s'hypertrophiaient démesurément. Le traitement médical dirigé contre l'asthme n'eut aucune efficacité; mais l'ablation des amygdales fit cesser les accidents nerveux comme par enchantement.

Au contraire, il est fréquent d'observer, chez les individus atteints d'hypertrophie amygdalienne, une toux constante, pénible, paroxystique et quinteuse. Dupuytren et Wagner l'attribuaient simplement à un catarrhe concomitant des bronches et du larynx. Robert voyait plus juste en la considérant, d'après la physiologie de l'époque (1843), comme purement sympathique. West disait qu'elle faisait assez souvent concevoir à l'entourage du malade la crainte non justifiée d'une phthisie et que, chez des sujets tuberculeux encore peu avancés, elle avait conduit plus d'une fois à assombrir trop le pronostic.

La toux amygdalienne est souvent nocturne, revient par accès presque périodiques et résiste à tous les traitements généraux. M. Ruault la considère comme le résultat d'un réflexe parti de l'amygdale irritée, en se fondant sur le fait constaté par lui que la cautérisation ignée de l'amygdale, surtout de sa partie inférieure, peut provoquer un accès de toux quinteuse.

Les troubles de la voix consistent en une articulation difficile des sons, la prononciation est défectueuse surtout pour les lettres *l* et *r*. Mais la voix n'est nasillarde que s'il y a complication de végétations adénoïdes ou de rhinite avec obstruction des fosses nasales.

Parmi les troubles des sens, ceux de l'odorat et du goût sont très fréquents; ils reconnaissent en partie pour cause la dessiccation de la mu-

queuse linguale chez des sujets qui respirent habituellement par la bouche, ils sont surtout accentués quand il existe des végétations adénoïdes du naso-pharynx. Chassaignac admettait que l'hypertrophie amygdalienne peut contribuer à entretenir certaines ophthalmies chroniques; il est plus probable que ces deux affections dépendent de la même cause générale, le tempérament lymphatique.

Les troubles de l'ouïe sont peut-être ceux qui attirent le plus souvent l'attention des familles et des médecins sur l'hypertrophie des amygdalies; plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la *surdité amygdalienne.* Il y en a une qui est abandonnée; c'est celle qui invoquait la compression directe des orifices pharyngiens des trompes d'Eustache par les tonsilles; l'anatomie la réfute et elle doit être réservée pour les cas de végétations adénoïdes pharyngiennes développées au niveau de l'amygdale tubaire. Restent les opinions relatives à l'existence d'un catarrhe pharyngien avec boursouflement de la muqueuse de l'orifice tubaire; — à la parésie des muscles tenseurs du voile du palais et du tympan, surtout du péristaphylin externe, ne dilatant plus suffisamment l'orifice tubaire au moment de la déglutition; — enfin, la possibilité d'un réflexe, dont a parlé M. Ruault, sans rien affirmer d'ailleurs.

Quand la surdité est liée à une obstruction tubaire, on constaterait en même temps des vertiges, des bourdonnements, une augmentation de la concavité du tympan, symptômes qui diminuent ou disparaissent avec des insufflations d'air.

En cas d'insuffisance musculaire des tenseurs palatin et tympanique, on note des signes spéciaux, parmi lesquels un trouble particulier de l'accommodation auditive, par suite duquel les malades, capables d'entendre assez bien un seul interlocuteur, ne peuvent suivre une conversation générale à laquelle prennent part des voix d'intensité différente, émises à des distances inégales.

Les troubles généraux attribués par les anciens auteurs à l'hypertrophie des amygdales, et résultant d'une insuffisance respiratoire (développement incomplet de la poitrine, etc.), ne dépendent pas de l'hypertrophie des seules tonsilles palatines; ils sont bien plutôt liés à l'existence des tumeurs adénoïdes du pharynx dont nous allons parler maintenant.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

CORRESPONDANCE

Nous accueillons avec plaisir la communication qu'on va lire, parce que nous approuvons toujours, en principe, les créations de ce genre. Maintenant, deux Associations distinctes valent-elles mieux que deux groupes dans la même Association? Voilà un point que nous livrons, sans idée préconçue, à la discussion.

Monsieur et très honoré confrère,

Quelques médecins s'occupent de la fondation d'une Société de secours mutuels entre médecins, qui, pour une cotisation de 5 francs par mois, recevraient une indemnité de 10 francs par jour de maladie, minimum qu'à notre avis puisse recevoir un médecin. D'après les documents statistiques du ministère de l'intérieur, la chose est possible. La moyenne du nombre des journées de maladie diminue dans les Sociétés de secours mutuels.

En 1871, elle était de 5,95 par tête; en 1885, elle n'était plus que de 4,57, et elle diminue encore. Nous comptons de ce chef sur une dépense moyenne de 45 francs par tête avec une cotisation annuelle de 60 francs. La différence constituant un fonds de réserve après prélèvement des frais divers de gestion qui, dans les Sociétés, n'excèdent pas 2 francs par tête.

La différence du taux des cotisations (60 fr. à 120) ne nous permet pas d'espérer, dès le début, la prospérité de l'Association fondée par notre très honoré et très sympathique confrère, M. le docteur Lagoguey, quoique son rapport à l'assemblée du 22 janvier dernier donne la preuve indiscutable de ce que nous avançons, puisqu'au 31 décembre 1887, après une année d'existence, cette Association possédait 6,741 francs et n'avait pas eu un jour de maladie à payer.

M. Lagoguey propose la fondation d'un nouveau groupe à cotisation et à indemnité réduite à 5 francs. Créer deux groupes dans une même Association nous paraît difficile.

Soyons tous égaux et fondons, ce qui est regrettable, j'en conviens, deux Associations de secours mutuels distincts.

Une réunion générale aura lieu à très bref délai pour discuter les statuts de l'*Union confraternelle des médecins du département de la Seine* (assurance entre médecins en cas de maladie), réunion à laquelle ceux de nos confrères qui voudront bien me prévenir de leur désir d'y assister, seront convoqués.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Paris, 26 septembre 1888.

Dr GRANGE, 2, rue Moret,

Lauréat de la Faculté de Paris,
Membre de la Chambre consultative des Sociétés de prévoyance de secours mutuels et de retraite du départ. de la Seine.

REVUE DES JOURNAUX

Des injections d'eau chaude prolongées dans l'épithélioma du col de l'utérus, par M. DE TORNERY. (*France médicale*, 1888, 86.) — L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les injections d'eau chaude à la température de 39 à 40°, prolongées, c'est-à-dire continuées au moins pendant une demi-heure, et faites deux fois par jour, une le matin et une dans l'après-midi, vers quatre heures, désinfectent très bien le vagin, en nettoyant complètement ce canal et en diminuant considérablement la sécrétion ichoreuse.

2° Les injections atténuent singulièrement les pertes de sang; il en résulte une reprise très marquée dans l'état général. L'action hémostatique bien connue de l'eau chaude suffit parfaitement pour expliquer l'arrêt des hémorrhagies.

3° Dans la majorité des cas, les douleurs sont très amoindries et l'on n'a plus besoin d'avoir recours aux piqûres de morphine dont nous avons signalé les inconvénients.

M. de Tornery a remarqué que, très souvent, la marche de la tumeur était retardée.

P. C.

Sur le traitement abortif de la syphilis, par le docteur L. MANNINO. (*Giornale ital. delle mal. veneree*, 1887, fasc. 2, et *Revue de thérap. gén. et thermale*.) — L'auteur a traité 6 malades porteurs d'un chancre induré de date très récente; le traitement a consisté dans des cautérisations du chancre avec le cautère Paquelin, après application préalable d'une solution analgésiante à la cocaïne. Quatre de ces malades n'ont pas présenté, dans la suite, de manifestations secondaires. Il ne subsistait aucun doute à l'endroit de la nature spécifique de la lésion chez ces malades; voire que, pour presque tous, il a été possible de faire la confrontation avec les sujets qui avaient transmis l'infection syphilitique.

M. Mannino demande à ce que l'on vulgarise les notions relatives aux premiers acci-

dents par lesquels se manifeste la syphilis, de telle sorte que l'on puisse instituer à temps un traitement qui présente des chances de tarir l'infection syphilitique à sa source.

P. N.

Le traitement de l'épistaxis par l'essence de térébenthine, par le docteur Ernye. (*Wiener med. Blaetter*, 1888, 13.) — L'auteur a employé l'essence de térébenthine pure, tout en reconnaissant qu'il y aurait avantage à la diluer pour diminuer l'irritation locale. Il suffit d'imbiber des tampons que l'on introduit dans les narines. Ernye rapporte un cas où une anémie aiguë grave, ayant succédé à des épistaxis répétées très abondantes qui avaient résisté à tous les moyens, céda après l'introduction de trois tampons dans les fosses nasales. — P. C.

VARIÉTÉS

LA THÉRAPEUTIQUE ET L'HYGIÈNE A L'ÉCOLE DE SALERNE AU XIIe SIÈCLE (1).

Musandinus vivait à Salerne au milieu du XIIe siècle.

Les ouvrages de Musandinus, aujourd'hui perdus ou renfermés à l'état de manuscrits dans quelques bibliothèques, ont joui dans leur temps d'une grande réputation. Nous ne connaissons guère de lui aujourd'hui qu'un traité sur la préparation des aliments et des breuvages destinés aux malades : *De modo prœparandi cibos et potus infirmorum.* Ce traité se trouve dans les bibliothèques de Paris, de Breslau et du Vatican; il contient de curieux préceptes :

Dans les fièvres aiguës, Musandinus a toutes sortes d'herbes et de légumes préparés simplement, mais avec un certain art, toutes sortes d'émulsions et de loochs pour affriander et soutenir les malades, sans fatiguer l'estomac....

Il donne aussi à ronger des os de volailles, car les malades, dit-il, « se délectent à ronger les os ».

Si le malade est faible et s'il faut le nourrir, dit Musandinus, faites bouillir pendant longtemps une poule grasse, tirez-la du vase, pilez chair et os dans un *beau vase* (car rien ne plaît aux malades comme un beau vase, *nam si vas in quo præparatur vel datur aliquid infirmo pulchrum fuerit, plus delectatur*), versez le bouillon sur cette pâte, et faites réduire jusqu'à ce que tout soit pris en gelée; après quoi mêlez un peu de mie de pain bien broyée.

Contre le flux du ventre, on emploie, au lieu d'eau simple, de l'eau de roses pour faire cuire la poule; et si le malade est pauvre, on ne fait qu'ajouter un peu d'eau de roses à la décoction.

Pour les fièvres inflammatoires, les préparations alimentaires sont très compliquées et semblent plus propres à augmenter le mal qu'à le calmer; mais c'est une doctrine fort ancienne, et aujourd'hui encore fort populaire, qu'il faut à tout prix faire manger le malade.

Quand le malade exige du vin et qu'on ne peut pas satisfaire son appétit capricieux, on mêle un quart de miel blanc à trois quarts d'eau, on y trempe du pain chaud, on passe en pressant, et on donne à boire cette liqueur qui a tout à fait le goût du meilleur vin!

Les médecins se trouvent quelquefois dans un grand embarras quand le malade veut manger et qu'il faut le tenir à la diète : si l'on donne à manger et que le malade vienne à mourir, on ne manquera pas d'en rejeter la faute sur le médecin; si l'on maintient la diète et si le malade s'affaiblit, la nature reste impuissante, et, s'il arrive malheur, c'est encore le médecin qui sera accusé. Que faire alors? « Tromper le malade, dit Musandinus, puisqu'on ne peut le satisfaire. »

(1) Extrait de l'*Ecole de Salerne et les médecins salernitains*, par le docteur Georges Bécavin. (Thèse de Paris, 1888.)

Si le malade veut du miel et que le miel lui soit contraire, faites épaissir par la coction du sirop de violettes, par exemple, offrez-lui ce sirop dans une belle soucoupe, et il ne se doutera pas du subterfuge. S'il veut du bœuf, déguisez de la chair de poulet en chair de bœuf. Galien a trompé de cette façon un de ses amis ; de plus, il lui a servi du jus de grenade pour du vin rouge, disant qu'il fallait du tel vin pour faire digérer une telle viande. Si le malade, trop clairvoyant, déjoue toutes les ruses du médecin, si, par exemple, il veut absolument du miel ou du fromage, donnez-lui du miel blanc et du fromage frais, parce que le miel blanc est moins nuisible que le brun, et le fromage frais moins pernicieux que le fromage salé ; ou bien encore lavez à grande eau le fromage salé, si le malade ne laisse pas même la ressource du fromage frais.

Pour rappeler l'appétit et faire disparaître le dégoût dans la convalescence des fièvres, Musandinus ne connaît rien de mieux que les saignées répétées, afin de déterger le sang. Il recommande aussi les épices et engage les convalescents à dîner avec leurs amis et les amis à divertir les convalescents pendant le repas, attendu que rien n'aiguise autant l'appétit que la joie.

Comme on voit, Musandinus est tout à fait pratique.

Dans ce traité, on trouve, à côté de préceptes qu'il faudrait se garder de suivre, plus d'un bon conseil que les médecins d'aujourd'hui pourraient mettre à profit. Quand, par exemple, le médecin a posé son diagnostic et prescrit un traitement, il arrive souvent qu'il se retire en laissant mille petits détails à la merci des parents ou de la garde-malade. Musandinus, et il a grandement raison, recommande de ne pas dédaigner ces importantes minuties.

Magister Salernus (Maëstro Salerno) florissait à Salerne vers 1130; il fut chef ou doyen de l'Ecole.

Magister Salernus a écrit un traité sur les simples : *Tabulæ Salernitanæ*, ainsi nommé parce que les plantes y sont classées suivant leurs propriétés.

Les *Tables* de Maître Salernus ont été commentées par un auteur qui écrivait probablement vers 1160, Maître Bernard le Provincial. Les *Commentaires* de Maître Bernard sont aussi intéressants pour l'histoire de la thérapeutique que le traité du vieux Musandinus est curieux pour l'histoire de la diététique : « Bernard, à l'exemple de Maître Salernus, essaie de simplifier la matière médicale : plus de ces drogues qu'on emprunte aux Alexandrins, plus de ces herbes desséchées qui perdent toutes leurs vertus; il n'y a de bon que les simples tout fraîchement cueillis dans les champs. Que les pauvres cessent de se plaindre et de verser des larmes sur leur misère qui ne leur permet d'acheter ni la *thériaque* ni l'*antidote doré!* Ce sont d'inutiles inventions du luxe; il faut mettre un frein à la cupidité des apothicaires et des droguistes; il faut dévoiler leurs fraudes honteuses et nuisibles; il faut apprendre au public qu'ils falsifient la manne avec les débris de la canne, qui a déjà servi à faire le sucre et la mélasse; — le musc avec du sang de bouc; — la thériaque en y mettant de la robélie au lieu d'orobe, — de sorte qu'on ne saurait pas trouver de la bonne thériaque dans tout Salerne.

On voit, du reste, par des ordonnances de police du XIIIe siècle, que les médecins étaient chargés à Salerne, comme en beaucoup d'autres villes, de l'inspection des officines, car, à cette époque, la pharmacie paraît assez nettement séparée de la médecine, bien qu'on puisse çà et là remarquer de mutuels empiétements.

Bernard donne un grand nombre de recettes domestiques qui permettent de se soustraire à l'omnipotence des apothicaires. Nous rapporterons les plus curieuses. Voulez-vous rendre les prunes laxatives? Pendant le mois de mars, au moment de la sève, introduisez entre le bois et l'écorce du prunier un vinaigre purgatif ou toute autre préparation laxative. Traitez la vigne de la même façon, et vous aurez des raisins purgatifs.

On voit que maître Bernard, sans être très versé dans la physiologie végétale, devançait les résultats de l'expérience moderne. En cela, il ne faisait que suivre l'exemple de son maître, Salernus, lequel recommande de traiter les malades avec la chair d'animaux nourris, pendant leur vie, de substances médicamenteuses. N'est-ce pas là la première idée du fameux lait iodé et du traitement des enfants par les nourrices ?

Multa renascuntur quæ jam cecidere.

Bernard nous apprend aussi qu'on conservait dans leur fraîcheur primitive les pommes, les cerises et les grappes de raisin, en les enveloppant de miel ou de vernis. Il indique avec soin, d'une part, les simples qu'on peut substituer aux médecines composées et, de l'autre, les simples qu'il est loisible de remplacer les uns par les autres; il appelle *vicaires* ou *compagnons* ce que nous nommons *succédanés*. Toutes les herbes, manipulées convenablement avec un corps gras, peuvent se réduire en onguents. Toutes les plantes dont on boit la décoction très chaude, pour provoquer la sueur, doivent être cueillies le matin à la rosée.

En traitant du miel et du sucre, Maître Bernard arrive à parler des liqueurs fermentées qu'on en tire, ainsi que du vin et de la bière. La bière se confectionnait avec le froment, l'orge ou l'avoine; il y avait aussi une espèce de cidre tiré des pommes et un pseudo-vin fabriqué avec le miel ou le sucre : « Ecoutez, buveurs, s'écrie Bernard : le breuvage par excellence, *potus electionis*, ce breuvage suave, délectable, savoureux, qui caresse doucement les papilles de la langue, c'est le vin fait avec des raisins bien mûrs : de toute autre boisson, bière, cidre, ou liqueur de sucre, il faut dire : « Que ce calice passe loin de moi! »

Voici encore quelques conseils de maître Bernard qu'il est bon de noter en passant : Un jeune homme ou une jeune fille sont-ils tourmentés par un amour intempestif qu'ils ne peuvent ou ne doivent pas satisfaire, qu'ils se lient les mains derrière le dos et qu'ils boivent, en se penchant sur un vase, de l'eau où l'on a éteint un fer rouge : c'est un remède physique, empirique et rationnel contre les ardeurs intempestives de l'amour. Bernard l'affirme, il faut le croire. Voici encore un autre moyen non moins empirique pour remédier à un excès de maigreur : nourrissez une poule avec de vieilles grenouilles bien grasses, coupées en morceaux et bouillies avec du froment, et mangez la poule; mais faites bien attention de ne manger que le membre correspondant à celui que vous voulez engraisser, autrement tout votre corps prendrait des dimensions effrayantes. Pour prévenir tous les accidents qui résultent de la morsure de la tarentule, il suffit, d'après le conseil de maître Salernus, de placer dans un lieu public le malade sur un lit suspendu; chaque passant fait mouvoir le lit, et au centième coup, ni plus ni moins, le malade est délivré. Le même Salernus guérit son écuyer d'une chute très grave en l'ensevelissant dans du fumier jusqu'à la bouche. Maître Bernard fait observer judicieusement qu'il aurait obtenu le même résultat en le mettant dans le ventre d'un cheval ou d'un taureau récemment tué! » (Cité par Ch. Daremberg.)

Ainsi, les médecins de Salerne, au temps de Musandinus et de Salernus, s'occupaient surtout d'hygiène et de thérapeutique; Musandinus expose les règles de diététique indispensables pour les malades; Salernus classe les remèdes selon leurs propriétés et en rend ainsi l'application facile pour le médecin praticien.

FORMULAIRE

Prises contre la migraine. — Ch. Liégeois.

Sulfate de quinine.................... }
Salicylate de soude cristallisé......... } ââ 0 gr. 25 à 0 gr. 30.
Chlorhydrate de morphine, un quart de centigramme.

Mêlez pour un paquet. — Au début de l'accès de migraine blanche, c'est-à-dire s'accompagnant de paleur, on fait prendre de demi en demi-heure une de ces prises, jusqu'à concurrence de 4. Immédiatement après la dernière, un granule d'aconitine cristallisée à un quart de milligramme. Généralement, une heure et demie ou deux heures au plus après le début de ce traitement, le paroxysme se dissipe. — Lorsqu'on a affaire à la migraine rouge ou congestive, l'auteur prescrit le bromhydrate de quinine à la dose d'un gramme, pris dans l'espace de deux heures, de demi en demi-heure, en paquets

ou cachets de 0 gr. 25 centigrammes. Le dernier doit être suivi immédiatement d'un granule d'atropine à un demi milligramme. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nouveau procédé pour la destruction des cadavres. — Un médecin de Pittsbourg, nommé Cooper, vient de faire patenter un procédé de son invention permettant de réduire un cadavre humain en une petite masse solide, complètement inaltérable, inodore, et qui présente l'aspect du marbre.

Cette transformation s'obtient au moyen de la compression du cadavre à une très haute température. Le corps d'un adulte peut être réduit par ce procédé en un morceau de matière compacte de douze à quinze pouces de diamètre. L'inventeur a sur son bureau les restes d'un enfant réduit en une masse d'aspect élégant et en forme de croix. Une société commerciale est en train de se former dans le but d'exploiter le procédé du docteur Cooper, procédé qui, parait-il, est appelé à remplacer avec avantage la crémation.

La fièvre jaune aux Etats-Unis. — La fièvre jaune augmente toujours à Jacksonville. Dans la journée du samedi, 12 septembre, on a enregistré 165 nouveaux cas.

L'épidémie a gagné les villes de Jackson (Mississipi) et de Décatur (Alabama) où plusieurs cas ont été signalés. Une grande panique règne dans ces deux villes, que la plupart des habitants abandonnent.

Le nombre des décès survenus, depuis le commencement de l'épidémie, s'élève à 185 sur 1,464 cas.

Les villes du Mississipi et du Tenessee ont pris des mesures rigoureuses pour repousser toute personne soupçonnée de venir des régions où règne la fièvre jaune. Des hommes armés surveillent les routes et les voies ferrées dans un rayon de dix milles.

COURRIER

Concours pour les bourses de pharmacie. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre à quatre heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ;

2° Les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Elèves ayant quatre inscriptions. — Composition écrite : Physique, chimie minérale, organographie et anatomie végétale. — Epreuve orale : Pharmacie galénique.

Elèves ayant huit inscriptions. — Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de 1re année.

Compositions écrites : Chimie organique, famille des plantes phanérogames, matière médicale. — Epreuve orale : Pharmacie chimique.

Elèves ayant douze inscriptions. — Appréciations des notes méritées aux travaux pratiques de 2e année.

Composition écrite : Analyse chimique, toxicologie, hydrologie. — Epreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

Candidats au diplôme supérieur. — Appréciation des études antérieures. — Notes des travaux pratiques de 3e année et des examens probatoires.

Section des sciences physico-chimiques. — Composition écrite : Physique, chimie analytique, histoire naturelle générale. — Epreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique, zoologie, chimie générale. — Epreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

Le buste de Robin. — Le buste de Charles Robin vient d'être inauguré à Bourg-en-Bresse. La cérémonie devait avoir lieu dans un carrefour devant une maison contre laquelle est accolé le buste du savant professeur. Mais, dans l'après-midi, un violent orage a éclaté, la pluie s'est mise à tomber à flots ; et comme il n'y avait même pas de tente pour abriter les assistants, personnages officiels ou simples spectateurs, on a transporté sur la scène du théâtre le buste à inaugurer et c'est là que Robin a été célébré, comme républicain et comme philosophe, par M. Deluns-Montaud ; comme savant par le représentant du ministre de l'Instruction publique, M. Pouchet, professeur au Muséum ; comme inventeur de l'histologie et comme chercheur par M. Sappey, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère

Sixième liste

Association centrale des médecins de France........	50 fr.
MM. les docteurs P. Basset..........................	20
— Darroze, médecin-directeur de la station thermale de Préchacq les-Bains........................	10
— Ducosté (de Brionne)...........	40
— Dumas (de Lédignan)............	8
— Latapie (de Lourdes)...........	1
— A. Le Dentu....................	40
— E. Ménière.....................	50
— Meraut (de Mehun-sur-Yèvre).....	5
— Poyet..........................	50
— Ricord.........................	20
— Ringeisen, médecin-major de première classe................	5
— Semelaigne.....................	20
— Sénac-Lagrange, médecin-consultant aux eaux de Cauterets.......	40
Un dentiste (Paris)................................	5
Anonyme (Basses-Pyrénées)..........................	5
— (Chambéry)................................	5
— (Paris)...................................	5
Compagnie parisienne de couleurs d'aniline (Creil)..	100
Cinquième liste..................................	2.499
Total........	2.948 fr.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Traitement hygiénique de la phthisie (1),

Par le docteur DETTWEILER, directeur du Sanatorium de Falkeinstein

Sans vouloir faire un *historique* complet de la question, il est bon de rappeler que rien n'est nouveau dans ce monde, et qu'en particulier la *climatothérapie* dans le traitement de la phthisie est aussi vieille que la médecine. Hippocrate déjà recommandait le changement d'air, et dans un écrit post-hippocratique on peut lire qu'il faut éloigner le malade du foyer où il a contracté sa maladie. Celse était déjà un climatothérapeute très conséquent; il recommandait aux phthisiques, encore assez vaillants pour les supporter, les voyages en mer, les voyages en général, le séjour au bord de la mer et à la campagne en été; il en était de même d'Arétée. Pline l'aîné attachait une grande valeur à *l'action du soleil;* c'est lui qui le premier recommanda les *forêts de sapins*. Galien envoyait ses phthisiques dans les *montagnes* et les soumettait à une *cure du lait* (il affectionnait tout particulièrement le mont Angri, près de Naples); il estimait que la *sécheresse de l'air* à ces hauteurs leur était le plus favorable. Il a fait autorité pendant tout le moyen âge et aussi chez les médecins arabes; parmi ces derniers, Avicenne envoyait ses malades en Crète, afin de dessécher les ulcérations pulmonaires et de prévenir les catarrhes. Paracelse et van Helmont agissaient de même; ce dernier poussait même l'audace jusqu'à recommander le vin en pleine fièvre. Thomas Willis rapporte déjà, vers 1650, ce fait fort intéressant que les Anglais se portent en masse tous les hivers dans le midi de la France. Une description systématique de la climatothérapie nous est donnée vers la fin du XVIIe siècle par Baglivi, lequel se plaint amèrement de *l'inutilité des médicaments*. Fréd. Hoffmann nous fournit également une étude approfondie de ce sujet; il est malheureusement impossible d'insister davantage ici sur la remarquable description qu'il donne et qui a été reproduite par Thomas. Falloppe conseille de choisir un climat approprié au tempérament; de même, Boerhaave, van Swieten et Gilchrist, qui insiste sur la valeur de l'altitude. Gregory, en 1774, recommande de passer l'hiver dans un *climat chaud*, auquel il attribue une immunité relative. Laennec avait une telle foi dans la puissance curative de l'*air de la mer* qu'il avait fait étendre des varechs dans la chambre dans laquelle il est mort. Hufeland et, plus tard, Schœnlein comptaient davan-

(1) Traduit de l'allemand par M. Reblaud, interne des hôpitaux. (Extrait de la *Revue de médecine.*)

tage sur l'air des montagnes. Le fait de l'immunité des habitants des montagnes qui atteignent un niveau déterminé au-dessus de la mer, fait exprimé et défendu par Fuchs, Tschudi, Muhry, etc., ne tarda pas à acquérir une grande importance; il servit plus tard de base à un nouveau système de traitement préconisé par Brehmer. C'est à Brehmer, en effet, que l'on doit les premières indications dans la voie de la thérapeutique rationnelle adoptée de nos jours, bien que les déductions qu'il a voulu tirer de la diminution de la pression atmosphérique sur les hauteurs habitées, telles que l'immunité que procurerait la vie à une certaine altitude, et l'augmentation dans l'intensité de l'action du cœur, soient encore aujourd'hui l'objet de bien des controverses. La méthode est encore intéressante par l'importance qu'elle accorde à l'action du cœur et à la nutrition des sommets des poumons, point qui la rapproche des conceptions les plus modernes. Hermann Weber, Niemeyer, Rohden, les médecins de Davos et la plupart des phthisiothérapeutes qui ont suivi, se sont inspirés de la méthode de Brehmer, l'ont modifiée et ont contribué ainsi au développement d'une thérapeutique rationnelle. Mais, dans l'intervalle, Bennet et d'autres avaient fait revivre l'idée de l'*action spécifique de l'air chaud;* le courant vers le Sud l'emporte, et, à côté des stations de Madère, d'Alger et d'Égypte, d'autres s'élevèrent en grand nombre sur les côtes de la Méditerranée et les îles voisines. Enfin, naquit la fille cadette de la phthisiothérapie, le *traitement dans les établissements fermés,* lequel, renonçant pour le moment à toute idée de médication spécifique, s'appuie exclusivement sur les données physio-pathologiques. C'est une méthode purement éclectique, qui soumet au contrôle de l'expérience tous les moyens qui semblent promettre quelque résultat; elle attache la plus grande importance *à prévenir toute influence nocive. Elle se propose de trouver, grâce à l'étude approfondie de tout l'individu, un genre de vie physiologiquement en rapport avec la force de résistance de l'organisme,* par conséquent une hygiène et une alimentation toutes personnelles.

La phthisiothérapie moderne se trouve en présence de trois méthodes de traitement, différentes par les théories qui leur servent de base. Ce sont : 1° la *climatothérapie* dans le Midi, avec séjour en été dans les stations ouvertes; 2° le traitement dans les *montagnes,* et enfin 3° le traitement rigoureusement clinique dans les *établissements fermés.*

Parmi les différents principes qui ont servi de base à l'édification des méthodes de traitement anciennes et actuelles, il en est un que l'on retrouve sans cesse, qui est commun à toutes les théories qui se sont succédé. Toutes, en effet, se sont efforcées de placer le malade dans des conditions climatériques considérées comme particulièrement favorables, de relever ses forces par un régime diététique convenable et d'amener par ces moyens la guérison de l'affection locale. C'est là un principe qui appartient en commun à toutes les phthisiothérapies qui ont vu le jour depuis deux mille ans; c'est grâce à lui que toutes peuvent se prévaloir d'un certain nombre de succès. Toutes les tentatives faites dans le but d'arriver à un traitement radical, spécifique, ont échoué; les médications générales et locales, l'intervention chirurgicale elle-même, ne sont et ne peuvent être que des traitements symptomatiques. Sur ce point, nous ne devons pas nous faire la moindre illusion. L'emploi des médicaments, tel qu'il est répandu, et qui a pour but d'atteindre la maladie dans son essence même, répond beaucoup moins à une indication scientifique exacte qu'au désir très légitime

d'être utile; la valeur de l'arsenic lui-même comme moyen protecteur de la cellule est plus que problématique.

Le *traitement hygiéno-diététique* repose sur une conception particulière de la maladie, conception d'après laquelle l'organisme a un combat à soutenir, et le rôle du médecin est de lui venir en aide dans tous les points où il le sent menacé.

Cette méthode, née de l'empirisme, a reçu sa consécration scientifique par la découverte du bacille; du jour où il a pénétré dans l'organisme, la lutte est engagée; c'est à qui des deux l'emportera. On a prétendu que le bacille n'avait jusqu'à ce jour qu'un intérêt de pronostic et de diagnostic. C'est une erreur; il a permis de substituer à des données purement empiriques un véritable axiome thérapeutique.

Pénétrons plus avant dans le sujet et rappelons en quelques mots l'*évolution d'une phthisie vulgaire progressive.* Le désordre local ne tarde pas à être suivi de phénomènes généraux. La difficulté apportée à l'échange des gaz entraîne à sa suite une altération du sang. Celle-ci est encore accrue par la fièvre et atteint son maximum au moment de l'élimination des tissus nécrosés et ramollis. La fièvre et l'altération du sang déterminent des modifications dans l'organisme, notamment une diminution dans la sécrétion du suc gastrique; de là des troubles de l'alimentation et de l'assimilation. A la consomption vient s'ajouter l'inanition. Tout le système musculaire est altéré; le malade perd de plus en plus l'envie et la faculté de l'exercer. Le cœur est le muscle qui souffre le plus, et sa souffrance retentit à la fois sur la composition du sang et sur la nutrition des poumons, ce qui permet au parasite de gagner du terrain.

Les éliminations se font mal; enfin le système nerveux central ainsi que tous les organes importants pâtissent à leur tour, et une dégénérescence de tous les éléments termine la série. Il est évident qu'*un seul moyen, que ce soit l'air, l'eau, l'alimentation ou un médicament, ne saurait prétendre à répondre aux indications fournies par cette complexité de lésions,* complexité qui est telle qu'une phthisie type résume en quelque sorte presque toute la pathologie. Le médecin doit ici faire appel à toutes les ressources de son imagination, de sa science, de toutes ses facultés.

En présence d'un phthisique, le médecin doit avant tout *faire l'éducation morale de son malade;* le traitement moral ne le cède en rien au traitement somatique. L'optimisme bien connu des phthisiques, la fausse appréciation de l'état de leur santé, le défaut de persévérance, l'absence de but bien déterminé, tout cela crée de sérieuses difficultés. Il est indispensable que le médecin éclaire le malade sur son état et sur les sacrifices qu'il attend de lui. Son moral pourra en être violemment affecté; mais l'espoir de la guérison réparera bien vite tout le mal. On usera de ménagements pour lui apprendre la vérité; mais il la connaîtra tout entière, et des éclaircissements continuels lui feront comprendre la part de responsabilité qui lui revient. Son intelligence, ainsi préparée, fera de lui d'abord un instrument docile, puis un auxiliaire précieux. C'est en agissant ainsi que le médecin acquiert sur son malade l'autorité nécessaire. S'il ne veut pas prendre la peine ou le temps d'étudier à fond l'état intellectuel et la constitution physique de celui qui est confié à ses soins, ou s'il lui manque pour cela l'habileté nécessaire, qu'il renonce à traiter des phthisiques. Il ne faut pas que le malade s'endorme dans une confiance aveugle en la vertu d'un climat déterminé; il se croirait perdu, si ces conditions lui faisaient défaut.

Il faut qu'au contraire il soit pénétré de tous les préceptes hygiéniques applicables à tous les cas, à toutes les situations : il faut, en un mot, qu'il soit son propre médecin. Ces principes ont encore quelques adversaires considérables; mais on peut dire qu'ils sont dans l'erreur. Les phthisio-thérapeutes les plus compétents, Hermann Weber, entre autres, partagent sur ce point l'opinion défendue ici.

Une des premières conditions du traitement bien conduit doit être la *réglementation de l'usage de l'air*, lequel constitue un des moyens les plus puissants. Le malade qui vient de quitter son lit et sa chambre en abuserait volontiers; on lui en a tant vanté les effets salutaires, qu'il y a placé toutes ses espérances. Mais c'est là très certainement une faute au début du traitement, comme toutes les exagérations d'un précepte vrai en lui-même. Ici, comme en tout, *il faut un certain acclimatement*. La *lumière* et l'*air libre* sont, pour celui qui en a été privé, de puissants excitants; leur abus produit une sorte d'*ivresse* caractérisée par une fatigue générale, des vertiges, un sommeil agité, etc. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer un convalescent immédiatement après sa première sortie. De là souvent ce découragement aux premiers jours d'un traitement et cette exclamation : « L'air ne me fait pas de bien! » Bien que nous ne possédions pas encore une climatothérapie reposant sur des bases scientifiques, on peut dire néanmoins que les climats extrêmes doivent être évités; l'équilibre de température entre le corps et l'air ambiant ne pourrait s'établir qu'au prix des efforts les plus considérables. Il n'en est plus de même pour les stations du centre et du midi de l'Europe. — On peut distinguer des climats commodes et des climats incommodes; les premiers sont ceux qui exigent moins, les autres ceux qui exigent davantage de soins dans la façon de se vêtir, pour éviter toute influence nocive. Parmi les stations plus ou moins incommodes, à ce point de vue, il faut signaler toutes celles du centre de l'Europe, à cause des variations brusques de température; mais cela ne veut pas dire que le Midi n'ait pas, lui aussi, ses dangers. Quoi qu'il en soit, c'est au médecin de fixer, après examen approfondi du malade, le lieu de séjour et la durée du temps que le malade passera à l'air, et de surveiller attentivement l'exécution rigoureuse de ses prescriptions à ce sujet.

Le meilleur moyen d'habituer le malade à l'air est de l'y exposer étant couché. De cette façon il pourra être couvert et évitera le refroidissement des membres inférieurs, si facile dans la station assise. Cela nécessite, il est vrai, une installation qui fait encore par trop défaut dans la plupart des stations : des halles ouvertes sur le devant, des vérandas, des balcons et des pavillons, et surtout des chaises longues facilement transportables et bien rembourrées.

Les malades affaiblis resteront à l'air libre, étendus dans leur lit, tant que les forces ne seront pas revenues; les fébricitants, jusqu'au moment de la disparition de la fièvre. Les plus vaillants eux-mêmes conserveront cette position pendant tout le temps consacré aux promenades.

L'acclimatement est obtenu au bout de très peu de temps; le malade n'a plus la moindre envie de rentrer dans les appartements. Le bien-être va en augmentant, l'appétit et le sommeil renaissent, la digestion se fait mieux, la fièvre diminue, les mouvements respiratoires se font avec plus de facilité, et, chose surprenante, la toux diminue également de façon très

notable. La lecture, les jeux, la conversation deviennent possibles, et la journée ne paraît plus longue.

Ailleurs on ne procède pas avec la même rigueur qu'à Falkenstein, et cependant on obtient de bons résultats. Mais la méthode que nous venons de décrire nous paraît la plus propre à soustraire le malade aux influences nocives, tout en lui permettant de prolonger le séjour quotidien à l'air, ce qu'on peut appeler le *jour médical*. Ce point me semble avoir une telle importance, que je ne résiste pas à la tentation de rapporter les résultats obtenus pendant les six derniers hivers et qui plaident beaucoup en faveur de ce traitement à l'air et au repos.

Malgré la pluie, les brouillards, les vents et la neige, malgré un froid dépassant parfois — 12°, très souvent sans soleil, les malades ont eu des « jours médicaux » de 7 à 10 heures, quelques-uns même de 11 heures. Quel que fût le temps, la journée commençait après le premier déjeuner et se terminait le soir vers 10 heures, heure à laquelle le malade gagnait sa chambre à coucher; *celle-ci était constamment aérée, les fenêtres en restaient entr'ouvertes, même la nuit*. Il semble qu'on ne saurait refuser à un pareil genre de vie la dénomination de cure permanente à l'air libre, *Dauerluftcur*. C'est à lui que nous sommes en droit d'attribuer les résultats remarquables relevés dans nos statistiques par le docteur Meissen et moi, statistiques qui nous donnent à l'un 25 p. 100 et à l'autre 27 p. 100 de guérisons absolues et relatives et qui nous montrent que la différence entre les résultats d'été et ceux d'hiver est à peine de 1/2 p. 100. Quelques chiffres paraissent également intéressants pour démontrer *le peu d'influence de la température*, pourvu que le traitement soit bien dirigé. Le docteur Meissen et moi, nous nous sommes astreints à noter chaque jour le nombre des malades que nous devions visiter dans leur chambre. Ces malades se composaient de ceux qui étaient les plus gravement atteints et de ceux qu'une affection intercurrente, fût-ce le plus léger refroidissement, obligeait à garder le lit ou la chambre pour l'année 1885. Ces chiffres, ramenés au taux de 100, donnent pour les mois d'été une moyenne de 8 1/2 p. 100 de malades obligés de garder la chambre, pour les mois d'hiver 9 1/3 p. 100, différence négligeable, si l'on considère que les malades d'hiver sont les plus gravement atteints, et que dans les mauvaises saisons les refroidissements même les plus légers nous inspirent, à nous autres médecins, plus de crainte que quand ils se produisent dans les saisons favorables. C'est là un fait d'une importance capitale. Si tous les médecins spécialistes voulaient bien dresser une statistique semblable, nous aurions à notre disposition des données de haute valeur pour apprécier les différentes stations climatériques et leurs méthodes de traitement. Je ne prétends pas résoudre complètement la question par ce moyen; mais cela me paraîtrait d'une portée pratique beaucoup plus considérable que toutes les discussions théoriques possibles sur les minimes différences de pression atmosphérique, ou de température. S'il était démontré que la *spécificité climatérique* joue un rôle beaucoup moins important qu'on ne l'avait supposé, les climats de l'Allemagne seraient suffisants pour un traitement bien conduit; une villa bien située, les jardins et les cours de nos hôpitaux pourraient servir; cela vaudrait dans tous les cas mieux que le *traitement en chambre* pratiqué encore couramment.

On ne peut pas encore opposer à la phthisie un traitement uniforme chez le riche et chez le pauvre. Celui que nous employons ne s'applique qu'aux

riches; mais, d'après ce qui précède, il est possible d'entrevoir un traitement convenant à la classe pauvre doublement malheureuse. La question si importante des *sanatoria nationaux* trouverait peut-être une solution facile. Il suffirait de *simples constructions avec tout le confort désirable pour la nuit, d'une bonne cuisine, de halles en bois largement ouvertes, de jardins boisés et du voisinage de la forêt.*

Avant d'abandonner ce point spécial, signalons encore l'analogie de ce traitement à l'air et au repos, combiné avec l'alimentation, les frictions et le massage, avec le traitement bien connu de Weir Mitchell dans les névroses par épuisement. Si l'on veut bien se rappeler que, chez le phthisique, l'organisme est débilité, irritable, qu'il offre très souvent tous les caractères de l'hystéro-neurasthénie, qu'il se distingue surtout par la pauvreté du sang et l'absence de graisse, on comprendra qu'une certaine analogie doit forcément exister aussi dans les méthodes de traitement applicables à ces deux affections.

Parmi les avantages qu'entraîne l'acclimatement tel que nous l'entendons, le plus important, à coup sûr, est *l'endurcissement du malade.* Un des plus grands signes de faiblesse chez le phthisique, c'est de ne pouvoir supporter les modifications brusques de la température et de l'état hygrométrique. Le pouvoir d'équilibration qui appartient aux vaisseaux de la peau est troublé à tel point qu'on peut dire que le phthisique est aussi malade de sa peau que de son poumon, et que la facilité avec laquelle il se refroidit est un des symptômes les plus précoces, peut-être même un prodrome de la phthisie. Jadis on mettait volontiers tout sur le compte du refroidissement; aujourd'hui, par une réaction exagérée, on a de la tendance à lui refuser toute influence; il a, au contraire, une grande importance. Les expériences de Rossbach-Aschenbrandt ont démontré que les *phénomènes provoqués par le refroidissement sont d'ordre réflexe* et se passent dans les vaisseaux. Chez le phthisique, le *locus minoris resistentiæ* est constitué par la muqueuse des voies respiratoires, plus spécialement par celle des petites bronches. Or, l'on sait qu'une excitation nerveuse produit son effet d'autant plus sûrement et plus rapidement que le chemin à parcourir l'a été plus souvent; un refroidissement se produira donc avec d'autant plus de facilité qu'il aura été précédé d'autres refroidissements. L'endurcissement consiste simplement à émousser en quelque sorte la sensibilité de la surface cutanée, à faire agir sur elle le froid jusqu'au moment où l'action réflexe va se produire, mais sans permettre qu'elle se produise. C'est là, pour le malade, une affaire d'habitude; il évitera les endroits trop frais, sans pourtant se laisser aller à une crainte exagérée des courants d'air; on peut sans danger laisser agir sur soi certaines causes de refroidissement, pourvu qu'on connaisse le moment opportun pour réagir par des frictions locales, le mouvement, le changement de vêtements, etc. L'heure de la journée n'est pas sans importance dans la susceptibilité au refroidissement, on ne permettra évidemment pas un malade à jeûn, le matin, ce que, dans l'après-midi, il supporterait sans danger. Il pourra bien se coucher avec 4 à 5° de température; mais il ne procédera pas à sa toilette à moins de 9 à 10°. Le repos à l'air libre, qui constitue le premier point de notre traitement du phthisique, amènera la suppression des sueurs; *la peau se déshabituera en quelque sorte de suer,* surtout si l'on a soin d'éviter tout ce qui peut les provoquer, comme la marche et les impressions morales. Si, malgré tout, les sueurs se produisent, il faudra, par des *frictions* immédiates, supprimer l'évapo-

ration par la peau et faire disparaître ainsi le spasme des vaisseaux. Sont-elles très abondantes, les frictions seront suivies du changement du linge; on aura soin, autant que possible, de ne pas découvrir complètement le malade. Les frictions journalières faites par une main habile, frictions sèches ou humides, voire avec de l'alcool, le massage, la douche dans les cas favorables, sont des auxiliaires puissants pour rétablir les fonctions de la peau et pour amener l'endurcissement. Quand le phthisique a de la fièvre, cet endurcissement est très difficile à obtenir; aussi ces malades doivent-ils avec le plus grand soin éviter tout *refroidissement.*

Ce dernier s'est-il produit, et ne se manifesterait-il que par un simple coryza accompagné de quelques phénomènes généraux, il ne devra pas être négligé. Ces inflammations ont, en effet, une grande tendance à s'étendre jusqu'aux plus petites bronches; une bronchite capillaire s'établit et met la vie du malade en danger immédiat; en tout cas, l'inflammation prépare un terrain favorable pour le microbe. Le médecin parera à ces éventualités en intervenant dès le premier symptôme de refroidissement, dans les premières 24 à 30 heures, et en soumettant le malade à un traitement diaphorétique. On lui fera garder le lit, on le fera transpirer, puis on le frictionnera sous la couverture, on changera son linge et on attendra un à deux jours; il est fort probable que tous les symptômes auront alors disparu. Il va sans dire que le *choix des vêtements* ne doit pas être abandonné au hasard, mais se faire avec le plus grand soin. Je rappellerai à ce sujet que, d'après les expériences de Linroth, les tissus doivent être rangés, au point de vue de la rapidité de l'évaporation, dans l'ordre suivant : soie, coton, toile, enfin laine. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, par E. Filhol. Œuvre posthume publiée par les soins de M. le docteur Léon Joulin. — Paris, Masson, 1888.

Les recherches de l'auteur sur les eaux des Pyrénées ont été très nombreuses ; provoquées par les administrations publiques et privées des stations, elles embrassent tout ce qui se rattache à l'étude de ces eaux minérales si diverses qu'elles peuvent être rangées en six classes différentes.

Après d'intéressantes considérations générales, l'auteur débute par l'étude des eaux sulfureuses. Ses recherches personnelles ont surtout porté sur la nature des composés sulfurés; pour lui, il y a dans les eaux thermales sulfureuses un peu d'acide sulfhydrique provenant de la tension de décomposition du mono-sulfure ou du sulfhydrate, ou même de l'action simultanée de l'acide silicique et de l'eau, un peu de sulfhydrate, un peu de soude hydratée, et enfin du mono-sulfure qui est le composé dominant; il n'a trouvé, dans les Pyrénées, aucune eau polysulfurée à son point d'émergence.

Dans les chapitres suivants sont passées en revue, chacune séparément, les différentes sources, et il y là une série de monographies des plus importantes.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des sources salées, des eaux salines et ferrugineuses; elle est moins complète que la première, mais renferme cependant un grand nombre de renseignements intéressants.

On doit féliciter la Société des sciences physiques et naturelles de Toulouse d'avoir aidé si puissamment à la publication de l'œuvre principale de son éminent fondateur.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

La dissolution des calculs d'acide urique, par Posuer et Goldenberg. (*Med. Rec.* et *France médicale*, 1888, 87.) — Ils examinèrent une certaine quantité d'urine provenant d'individus auxquels ils avaient donné auparavant les médicaments ou les eaux minérales qu'ils croyaient susceptibles de dissoudre les concrétions. Cette urine passait à travers un filtre contenant une quantité énorme d'acide urique chimiquement pur. Comparativement, ils se servaient d'une quantité égale d'urine normale, prise chez des individus n'ayant absorbé ni médicaments ni eau minérale. Après avoir expérimenté un grand nombre d'eaux minérales alcalines, notamment Vals et Vichy (Grande-Grille); le bicarbonate de soude; la poudre alcaline de Cantani, consistant en bicarbonate de soude, carbonate de lithine effervescent et citrate de potasse; borax; carbonate de lithine et boro-citrate de magnésie, ils reconnurent que ces différents agents, quoique n'ayant pas exactement la même action, atténuaient l'acidité de l'urine, augmentaient sa quantité en diminuant sa pesanteur spécifique.

Le bicarbonate de soude leur parut mériter la part du lion, et les eaux de Vals et de Vichy leur semblèrent les plus riches en sodium.

Ces auteurs pensent que ces eaux minérales exercent une action de dissolution très avantageuse pour les calculs; toutefois, ils croient que le but peut être dépassé dans le traitement si les urines deviennent par trop alcalines, et ils conseillent de répéter souvent les examens d'urine pendant le cours de la cure médicale. — P. N.

A propos de l'action somnifère de l'hyoscine, par E. Gley et P. Rondeau. (*Gazette médicale de Paris*, 1888, 10.) — L'hyoscine possède un véritable pouvoir somnifère, comme l'ont démontré les expériences des auteurs sur les animaux. Les principaux effets de l'hyoscine sont (lapins et chiens) : 1° la dilatation pupillaire; 2° la paralysie des nerfs, l'arrêt du cœur; 3° la suppression de la sécrétion salivaire et la paralysie de la corde du tympan en tant que nerf excito-sécréteur; le *sommeil*, auquel succède, à certaines doses de la substance, une grande agitation musculaire. Les trois premiers de ces effets rapprochent l'hyoscine de l'atropine.

Il n'est pas exact d'attribuer à Robert la découverte exclusive de l'action somnifère de l'hyoscine. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport du docteur Lafosse, médecin-inspecteur des eaux de Vals;

2° Une lettre de candidature du docteur Budin, à une place vacante dans la section d'accouchements;

3° Une lettre de candidature du docteur Sénac (de Vichy), au titre de membre correspondant;

4° Un travail du docteur Landarrabilco, de Barbaste (Lot-et-Garonne), sur les propriétés du café vert dans les maladies du foie, les coliques hépatiques, etc.;

5° Un travail anonyme sur l'épidémie de fièvre typhoïde du camp de Pontgouin.

— M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Gayral de Carignan, un nouveau pessaire à charnière, d'une introduction facile.

— M. Verrier lit une observation de septicémie puerpérale due à une délivrance incomplète et dont la guérison a été obtenue par les injections intra-utérines antiseptiques. Il est parfois indiqué de recourir au grattage et à l'écouvillonnage de l'utérus,

comme l'a récemment montré M. Charpentier; mais dans certain cas l'emploi de la curette est dangereux et il vaut mieux se borner aux injections intra-utérines.

— M. TILLAUX présente, au nom de M. Fabre, fabricant d'instruments de chirurgie, des instruments tranchants d'une seule pièce.

— M. BOUCHARD présente le résumé d'un travail de M. le docteur Mossé (de Montpellier) intitulé : *Recherches sur l'excrétion urinaire dans les accès de fièvre intermittente*. Ces recherches, qui ont porté sur plus de cent cas, avaient été entreprises pour étudier les rapports de l'impaludisme et de la glycosurie. Ce symptôme n'a été rencontré que deux fois et chez des gens qui y étaient prédisposés : un arthritique et une nourrice. La glycosurie peut donc se montrer à la suite des accès de fièvre intermittente, mais c'est un fait rare, et les prédispositions individuelles ont une grande influence sur sa production; ce qui montre bien que l'impaludisme n'a là qu'un rôle secondaire, c'est que ce symptôme ne s'observe pas plus souvent chez les paludiques cachectiques et dans les cas pernicieux que dans les cas ordinaires.

La polyurie est fréquente, mais non constante après les accès; elle s'est élevée à 4,5 et même 8 litres d'urine, mais on n'a pas observé une azoturie proportionnelle. Dans un cas où ils ont été dosés, les chlorures étaient fort abondants. Cette polyurie n'est pas sans analogie avec celle que l'on observe pendant la convalescence des maladies aiguës et graves.

— M. LABORDE fait une première communication sur les recherches qu'il a faites avec M. Magnan sur l'alcool et sa toxicité, sur les alcools supérieurs et les bouquets artificiels. Il y a plus de 18 ans, en 1869, M. J. Bergeron a poussé un cri d'alarme et a attiré l'attention sur les ravages effrayants produits par l'alcoolisme. Depuis ce moment, ce fléau a progressé d'une manière constante, et aux dangers des alcools sont venus s'ajouter les dangers des vins falsifiés. Il n'est pas de question plus compliquée que celle de l'alcool ou plutôt des alcools. Aujourd'hui, l'industrie aidée de la chimie ajoute ou substitue aux produits naturels des combinaisons qui en rappellent la saveur, mais qui sont dangereuses. Les substances qui ont servi à ces études sont au nombre de soixante, mais il en est encore d'autres qui sont employées.

Maintenant, on fabrique de toutes pièces du vin qui a la composition chimique et toutes les apparences du meilleur vin naturel; puis on lui donne le bouquet désiré, le parfum, à l'aide de quelques gouttes de ce qu'on nomme l'huile de vin française ou allemande. Ces bouquets artificiels sont des produits très complexes, des éthers qui ont été étudiés par M. Girard, directeur du Laboratoire municipal : ils sont obtenus par l'action de l'acide nitrique sur l'huile de coco, sur le beurre de vache et diverses substances grasses.

L'huile de vin française, injectée en vingt-cinq minutes à la dose de 4 à 8 centimètres cubes dans les veines d'un chien, amène d'abord du resserrement des pupilles, puis des vomissements répétés, des modifications de la respiration avec cris et gémissements; la température s'abaisse et la mort survient, au bout d'une heure, dans le collapsus. L'huile de vin allemande, qui est davantage employée, parce qu'elle coûte moins cher, agit aussi énergiquement à dose moitié moindre; elle produit l'accélération de la respiration, la salivation, la dyspnée, et enfin la mort en moins d'une heure par arrêt respiratoire, le cœur continuant à battre pendant quelques minutes. Dans un cas, comme dans l'autre, le poison porte d'abord son action sur le système nerveux, puis sur le système respiratoire.

Les symptômes convulsifs, les attaques épileptiques que l'on observe dans certains cas d'empoisonnement aigu par l'alcool ne sont pas dus à l'alcool lui-même, mais à certains produits surajoutés. C'est ainsi que Paul Bert et Fieuzal avaient remarqué que ces accidents n'étaient pas rares chez les paysans irlandais qui consomment les résidus de la distillation de grains dont ils peuvent avoir un verre pour la modique somme d'un sou. Dans ces eaux-de-vie de grains, on trouve de la pyridine, de l'aldéhyde pyromucique ou furfurol, de l'aldéhyde salicylique, et c'est à ces deux derniers produits que sont dus les accidents convulsifs.

Le furfurol se forme probablement par la saccharification du son par l'acide sulfu-

rique. Quand on en introduit 1 à 2 centimètres cubes dans les veines d'un chien, on observe chez celui-ci des cris plaintifs, du ralentissement des mouvements respiratoires et cardiaques, et enfin des attaques épileptiques avec leurs phases habituelles, tonique, clonique et de stertor. A cette dose, l'animal peut survivre; à dose un peu plus forte, il meurt par arrêt de la respiration. A l'autopsie, on trouve des suffusions sanguines dans les méninges, le bulbe, les reins, le foie, les poumons, etc. Si l'on en introduit 4 centimètres cubes dans l'estomac d'un chien de 6 kilogrammes, on observe des menaces de vomissement, une chute sur le flanc, des aboiements, un ralentissement, et enfin, au bout de trente minutes, un arrêt de la respiration; le cœur continue à battre quelques instants, puis s'arrête aussi. Il semble bien que le furfurol ait une action prédominante sur le noyau du pneumogastrique et qu'il détermine des effets convulsivants qui n'appartiennent pas à l'alcool.

Les liqueurs ne sont plus maintenant, comme autrefois, des produits de distillation d'eau-de-vie au contact de certains fruits; on se sert, pour les fabriquer, de mauvais alcools auxquels on ajoute des essences qui en masquent le goût désagréable et permettent d'utiliser ainsi des alcools de qualité très inférieure. Parmi ces parfums, ces bouquets, il en est de presque inoffensifs, mais ce sont là les moins nombreux. Le type de ces liqueurs est l'absinthe, dont les effets désastreux ont été étudiés par M. Magnan.

Le vermouth et le bitter sont aussi fabriqués à l'aide d'un bouquet très toxique, doué d'une agréable odeur et extrait de l'essence de reine des prés, l'aldéhyde salicylique. Injecté dans les veines d'un chien de 12 kilog. à la faible dose d'un demi centimètre cube, ce corps cause des convulsions, du trismus, des attaques épileptiformes suivies de respirations très amples; la température rectale s'élève, et enfin on constate du collapsus avec anesthésie. L'animal peut se remettre, mais, à la dose d'un centimètre cube, la mort survient par asphyxie. Cela montre que les buveurs de vermouth et de bitter sont exposés à l'épilepsie comme les absinthiques. Pour ces liqueurs, on emploie aussi le salicylate de méthyle, liquide qui produit des convulsions, mais non épileptiformes; c'est à la fois de la raideur musculaire et un tremblement qui ressemble à une vibration. La mort vient après ces phénomènes.

M. Laborde annonce, pour une autre séance, la continuation de sa communication.

M. Dujardin-Beaumetz : J'ai entendu avec le plus vif intérêt la communication de M. Laborde, mais il me permettra de lui faire des objections sur un point : le mode opératoire de ses expériences. Dans les recherches que j'ai faites avec M. Audigé sur la toxicité des alcools, ne pouvant pas facilement utiliser la voie stomacale chez le chien, j'avais injecté les liquides sous la peau; puis j'ai repris la voie stomacale en expérimentant sur le porc.

Malgré l'approbation de M. Bouchard, je crois le procédé des injections intra-veineuses défectueux; non seulement les produits absorbés par les voies naturelles subissent différentes modifications avant de pénétrer dans la circulation générale, mais encore introduits directement dans le sang, ils modifient ce dernier, par exemple, en produisant des embolies; il y a là des inconnues. M. Magnan, par exemple, par des injections intra-veineuses d'absinthe, rend un chien épileptique de suite, et il n'obtient pas le même résultat par la voie stomacale.

M. Laborde : Je vous demande pardon.

M. Dujardin-Beaumetz : Les buveurs d'absinthe sont des alcooliques, mais ils ne sont pas plus épileptiques que les autres; ils présentent bien quelques troubles nerveux un peu spéciaux, mais ce n'est pas de l'épilepsie.

M. Laborde : Je suis heureux de cette objection, car elle me donne l'occasion de faire une déclaration de principe. Les injections intra-veineuses d'alcool ne modifient pas le sang; c'est le meilleur procédé expérimental, le plus pur, et on peut, par ce moyen, constater directement les résultats cherchés, sans passer par divers états intermédiaires qui pourraient obscurcir l'observation. C'est donc le procédé typique pour ces recherches. Quant aux absinthiques aigus, ce sont bien des épileptiques; M. Lancereaux seul a

regardé ces phénomènes convulsifs comme hystériformes, ce qui n'est guère peut-être qu'une nuance.

— L'Académie se constitue en comité secret pour discuter les rapports de plusieurs prix.

FORMULAIRE

Traitement de la grippe. — Dujardin-Beaumetz.

Dans une tasse de lait ou d'infusion de capillaire, on verse : 1° Deux cuillerées à bouche de sirop de baume de tolu, 2° une cuillerée à dessert d'hydrolat de laurier-cerise, 3° dix gouttes d'alcoolature de racine d'aconit, et on avale cette boisson tiède. — On peut prendre trois tasses semblables dans les 24 heures, pour calmer la toux quinteuse de la grippe. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La crémation. — Un congrès qui a dû être gai, c'est celui que viennent de tenir, à Vienne, les partisans de la crémation des morts.

Des sociétés de Berlin, de Chemnitz, de Darmstadt, de Francfort, de Heidelberg, de Zurich, etc., avaient envoyé des délégués. Le congrès a discuté surtout la question des rapports des assurances pour la vie avec les sociétés pour la crémation des morts, un certain nombre d'assurances ayant fait difficulté de payer la rente obligatoire aux survivants des morts incinérés, sous prétexte que l'incinération pouvait être ordonnée et exécutée trop vite.

La seconde question traitée a été la question du tarif du transport des cadavres dans les villes où se trouve un four crématoire. Le congrès a décidé qu'on demanderait aux gouvernements de l'Autriche et de l'Allemagne l'abaissement des tarifs.

Il paraît résulter des impressions échangées par les délégués que la question générale de la crémation des morts n'a pas fait grand progrès pendant l'année 1887. La Hesse est le seul pays de langue allemande où les habitants marquent une tendance à se familiariser avec le procédé ; encore cette tendance ne se remarque-t-elle que dans les classes instruites de la population. (*La République Française.*)

COURRIER

École du Val-de-Grace. — Le ministre de la guerre, accompagné du directeur du service de santé, docteur Dujardin-Beaumetz, de son chef de cabinet le général Brault, du docteur Viry et d'un officier d'ordonnance, a visité récemment l'École et l'hôpital du Val-de-Grâce, dont les honneurs lui ont été faits par le médecin inspecteur général Didiot, les médecins inspecteurs Gaujot et Collin. Le directeur de l'École, M. Gaujot, lui a présenté les professeurs et les agrégés, et il a passé en revue les stagiaires, après quoi il a parcouru les laboratoires et les salles de malades, il s'est particulièrement enquis des travaux de bactériologie dans leurs applications aux analyses des eaux de boisson. On sait qu'une enquête sur l'eau de toutes les casernes est actuellement ouverte en France et en Algérie, et il a particulièrement félicité le docteur Vaillard qui s'occupe avec autorité de ces importantes recherches. M. de Freycinet a semblé satisfait de l'impulsion donnée aux études des jeunes médecins militaires, et il a pu prescrire l'exécution des améliorations qui lui ont été proposées. (*Bull. méd.*).

École de médecine et de pharmacie de Rouen. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira, le 5 avril 1889, à l'École supérieure de pharmacie

de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

ÉTABLISSEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Un important établissement orthopédique va être prochainement installé à Arcachon sous la direction de MM. les docteurs Lalesque et Hameau.

L'ACIDE BENZOÏQUE COMME ALIMENT. — Récemment le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Gabriel Pouchet contre l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires. Ce produit ayant des propriétés antiseptiques manifestes, il n'est pas indifférent de l'ajouter aux substances alimentaires, car l'évolution normale des fermentations digestives peut être ainsi troublée.

L'ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE. — M. Hugues Leroux, écrivain de renom, vient de publier dans le *Temps* un article curieux intitulé : « *La question de l'Economie de la douleur ; un problème de médecine et de morale générale*, etc., etc. Nous ne citerons que l'une des questions qu'il soulève, les autres ne méritant pas d'attarder l'attention d'un médecin. Aussi bien paraîtra-il déjà bizarre qu'on ait pu discuter comme lui, fort gravement, ladite proposition : *Une femme a-t-elle le droit de recourir au chloroforme pour éviter les douleurs de l'accouchement* ? Mais nous tenions à le faire connaître. Est-il possible qu'en plein dix-neuvième siècle, des gens, d'esprit se plaisent à discourir sur de pareilles balivernes, pardon ! sur de semblables cas de conscience ? Il est vrai qu'il n'y a pas de loi sur la presse scientifique ! Où diable la religion va-t-elle se nicher, sous prétexte que la Bible dit : « Tu enfanteras dans la douleur. » Une femme a, paraît-il, trouvé la réponse juste : « Il y a un homme, un seul, qui ait jamais accouché ;.... et il s'est fait endormir, et par la main de Dieu encore ! Pauvre Adam, à quelle sauce on te met ! M. Leroux en aurait probablement fait autant. (M. B.)

LES MALADES DES HÔPITAUX AUX EAUX MINÉRALES. — Les hôpitaux de Bordeaux viennent d'envoyer aux thermes de Dax, qui possède des eaux analogues à celles de Salies de Béarn, un certain nombre d'enfants. Pour les recevoir, on a construit un pavillon confortable et hygiéniquement installé. L'inauguration de ce pavillon a eu lieu ces jours derniers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jobert (d'Alger).

L'EAU DANS LES CASERNES. — Dès son arrivée au ministère de la guerre, l'attention de M. de Freycinet a été appelée sur la question des eaux dont on faisait usage dans les casernes pour l'alimentation.

A Paris, notamment, les établissements militaires ne recevaient que de l'eau de Seine, et le service de santé a attribué avec raison à la mauvaise qualité de cette eau de nombreux cas de fièvre typhoïde qui, chaque année, frappaient la garnison.

A la suite d'une convention qui vient d'être conclue avec la Ville, tous les établissements militaires de la capitale vont désormais être pourvus d'eau de source.

En ce qui concerne les autres villes de garnison, les études se poursuivent et l'on peut espérer qu'avant peu toutes nos casernes seront également alimentées d'eau de source à l'usage des hommes.

On aura ainsi fait disparaître une des causes de mortalité les plus fréquentes qui sévissent dans les rangs de notre armée. (*Bull. méd.*).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'urologie pathologique a été l'objet de deux importantes communications dans les dernières séances de l'Académie de médecine. M. Albert Robin a étudié les modifications de la sécrétion urinaire dans la variole, et M. Mossé dans les fièvres intermittentes. M. Robin a vérifié les données établies par les auteurs qui l'ont précédé dans cette voie, relativement aux matières grasses et aux matières extractives prises en bloc. De nouvelles recherches seront nécessaires pour les compléter, mais il a déjà pu constater que l'albuminurie de la variole revêtait des formes différentes et il a pu ainsi en établir les variétés, suivant la période de la variole à laquelle elle apparaît, et suivant la gravité de la variole et l'abondance de l'albuminurie. L'apparition de celle-ci pendant la convalescence indique la formation de lésions rénales graves qu'annonçait seulement l'apparition passagère dans une période plus précoce.

Les recherches de M. Mossé (de Montpellier) sont également encore incomplètes, mais les résultats qu'il a obtenus semblent devoir confirmer l'opinion soutenue par M. Verneuil, il y a quelques années, sur la relation qui existe entre le paludisme et le diabète. Sans doute le diabète et même la glycosurie ne sont que rarement observés à la suite des fièvres intermittentes et M. Mossé n'en a vu que deux cas sur 100; mais il a constaté fréquemment la polyurie, accompagnée d'une augmentation de la proportion des chlorures. Ces modifications constatées à la suite des accès aigus de fièvre intermittente peuvent être considérées comme une ébauche de diabète. Que ces accès se renouvellent souvent ou pendant longtemps, et il est probable que les modifications de la sécrétion urinaire s'accentueront de plus en plus, tendront peu à peu à devenir permanentes, de passagères qu'elles étaient d'abord, et ainsi se trouvera constitué le diabète vrai chez les vieux paludiques. Les recherches de M. Mossé sont donc importantes au point de vue de la pathogénie du diabète palustre; elles n'en démontrent pas encore la certitude, mais elles constituent de fortes présomptions en sa faveur.

Les ravages de plus en plus étendus de l'alcoolisme justifient les études expérimentales si curieuses que leur consacrent les physiologistes et les pathologistes. L'exposé de celles de M. Laborde a vivement intéressé l'Académie et le public, déjà au courant, *grosso modo*, des causes de ces ravages par l'addition à l'alcool pur de substances étrangères et par l'ingestion

d'alcool de diverses provenances, mais qui avait encore besoin d'être éclairé sur bien des détails.

L'énumération des falsifications, ou plutôt des diverses substances toxiques qui entrent dans la composition des vins et des liqueurs alcooliques, rapprochée de la grande quantité et de la grande variété de ces boissons consommées actuellement, explique pourquoi les accidents produits par l'alcoolisme deviennent si fréquents et si graves. *Caveant consules!* Qu'on prenne garde à ce danger qui, depuis si longtemps, menace la santé publique.

L.-H. P.

Traitement hygiénique de la phthisie (1),

Par le docteur DETTWEILER, directeur du Sanatorium de Falkeinstein

La question de l'*alimentation* présente une importance considérable; elle influe peut-être davantage sur la destinée du malade que le traitement à l'air libre. Tandis qu'en effet ce dernier agit simplement sur la qualité du sang, la première fournit les matériaux nécessaires à sa régénération. Il est un fait curieux : plus la dénutrition des tissus a duré, plus elle a été rapide, moins le besoin de manger se fait sentir. C'est ici que le médecin devra faire appel à toutes les ressources de son imagination, et le malade faire preuve d'une grande volonté. Ici, pas de loi absolue; la théorie sera de peu de secours; on obéira exclusivement aux caprices de l'estomac, on procédera par tâtonnement. Des repas petits, fréquents, riches en graisse et en hydro-carbures, des légumes, le tout très varié et bien préparé, une confiance modérée dans les beefsteaks et les jaunes d'œuf, voilà ce qu'on doit recommander. Mais ce qu'il faut, avant tout, c'est l'insistance du médecin, surtout quand les phénomènes de dyspepsie nerveuse prédominent. Dans ces cas, on le sait, la puissance peptique est complètement conservée. Cette forme de dyspepsie est, chez le phthisique, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. C'est alors que l'autorité et l'habileté du médecin interviennent de la façon la plus utile. Il faut amener le malade, par la persuasion ou la contrainte, à manger souvent; on variera la nature des aliments jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui lui convienne. Des règles spéciales sont assez inutiles et doivent varier d'ailleurs selon les habitudes et les mœurs; cependant, pour un Allemand, voici le régime qui paraît convenir le mieux : entre 7 et 8 heures du matin, premier déjeuner comprenant pain blanc avec beurre et miel, suivi de l'ingestion d'un quart à un tiers de litre de lait avalé lentement et à petites gorgées. Ce dernier point est essentiel dans l'alimentation par le lait; car, avalé rapidement et en grandes quantités à la fois, le lait se digère difficilement. — A 10 heures, petit déjeuner suivi d'un verre de lait. — A 1 heure, repas important de la journée, comprenant des mets variés, succulents et accompagnés de un à deux verres de vin. — A 4 heures, un verre de lait avec un pain beurré. — A 7 heures, souper, comprenant viande rôtie et viande froide, purée de pommes, riz, une bonne salade, de la compote et du vin. — A 9 heures, un verre de lait additionné de trois à quatre cuillerées à café de cognac. Si l'appétit pour les aliments ordinaires fait défaut, on augmentera la quantité de lait. Si ce dernier lui-même, malgré toutes les précautions, n'est pas

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

supporté, on arrive à le faire tolérer par l'addition de certaines substances : un cinquième d'eau de chaux, quelques cuillerées à café de cognac ou de kirsch, un quart à un tiers de café ou de thé froid, etc., voilà les moyens (et leur nombre est très considérable) qui permettent d'atteindre le but. Dans les cas rebelles, on débutera par de très petites quantités que l'on cherchera sans cesse à augmenter. Les laits de chèvre et d'ânesse rendent également de grands services. Si le lait ordinaire n'est pas supporté, on pourra essayer de le remplacer par le petit lait additionné au besoin de quelques cuillerées à café de crème, ou encore par le koumyss ou le kéfir. Mais, dans les conditions ordinaires, on aurait tort de considérer le lait comme l'aliment principal; il doit constituer essentiellement un aliment de réserve. Au contraire, dès que surviennent des troubles sérieux de la digestion, qu'ils s'accompagnent ou non d'ulcérations intestinales et de fièvre, il faut sans hésitation changer de fond en comble l'alimentation et lui substituer une diète semi liquide ou liquide, suivant les cas. Avec deux litres et demi de lait, on peut soutenir le malade pendant quelque temps; avec du lait, des potages et une quantité suffisante d'alcool, on le soutiendra pendant des mois. Nous ne ferons que mentionner ici les différentes purées faites avec la farine, le riz, le tapioca ou la semoule, les potages dans lesquels la viande blanche est introduite en hachis, les ragoûts, les gelées, les huîtres, etc. L'alimentation forcée au moyen de la sonde et des lavements nutritifs ne saurait être employée d'une façon permanente.

Quant aux *médicaments*, on ne saurait s'en passer complètement ; j'appellerai seulement, pour l'instant, l'attention sur le salicylate de bismuth, qui donne souvent de bons résultats dans les cas de malaise éprouvé après le repas et dans les phénomènes d'intolérance gastrique et intestinale. Mais cela est tout à fait secondaire; le point capital, ce sera toujours le régime bien conduit par le médecin. Les craintes qu'inspirait jadis une alimentation un peu abondante chez les fiévreux sont aujourd'hui abandonnées, elles ne sont justifiées que dans les cas les plus aigus. L'alimentation chez les phthisiques atteints de fièvre sera riche en hydrocarbures, moins riche en albumine, graisse et sels; elle contiendra également des gélatineux.

L'*alcool* joue, dans l'alimentation et les échanges nutritifs, un rôle important. Nous ne sommes pas encore complètement fixés sur son mode d'action; cela ressort clairement des travaux qui ont été faits depuis Binz jusqu'à Bodländer. Mais sa grande valeur physiologique ne fait plus aucun doute. Qu'on le considère comme un aliment respiratoire ou comme un stimulant des centres nerveux, de la circulation et de la respiration, ou qu'on n'envisage que son action hypnotique ou sa faculté d'abaisser la température, à tous ces points de vue l'alcool est un moyen puissant; l'abus qui en a été fait le démontre surabondamment. Il doit être manié comme un médicament; il n'appartient pas au malade, mais au médecin de fixer le mode de son emploi. Avant tout, il faut éviter le moindre degré d'ivresse, et pour cela le prescrire en petite quantité à la fois. Les fiévreux en ont besoin en assez grande quantité pour faciliter les oxydations; les malades appauvris du sang, en général tous ceux qui ont un organe important en souffrance, le supportent à merveille.

On peut permettre en moyenne, par jour, trois quarts à une bouteille de vin du Rhin ou de Bordeaux léger, des quantités moins considérables des

vins de Hongrie ou du Midi. Ces quantités doivent être considérées comme des mesures maxima; elles seront établies d'après l'âge, le sexe, les habitudes antérieures. Dans certains cas, on pourra dépasser notablement la dose indiquée. Le vin blanc éveille davantage l'appétit; le vin rouge est moins excitant, mais lasse beaucoup plus vite. Il est particulièrement favorable quand il y a de la tendance à la diarrhée, mais se trouve surpassé encore dans ces cas par le vin grec Kamarite. Les vins blancs doux doivent être pris le matin, rarement dans l'intervalle des repas et le soir. Le cognac pur a une haute valeur. Dans les cas d'appauvrissement considérable du sang, de fièvre continuelle, son emploi méthodique présente les plus grands avantages. La méthode consiste à faire prendre au malade, pendant des semaines, outre le vin de table, une cuillerée à café de cognac toutes les deux heures; la quantité totale absorbée dans les vingt-quatre heures sera ainsi de 70 à 80 grammes. Les effets presque immédiats sont : une sensation de réchauffement, une légère excitation, la disparition du vertige et de la sensation de constriction de la tête. Avec cette manière de faire, on n'observe pas le moindre accident; les adversaires de ce moyen pourraient facilement s'en convaincre s'ils voulaient agir de même et observer sans idée préconçue. L'alcool est, répétons-le, quand il est bien manié, un médicament très puissant; il doit être, pour le phthisique, non un aliment de luxe, mais un véritable médicament.

Attaquons-nous maintenant à l'ennemi le plus déclaré du phthisique, à la *fièvre*; quelque regret que nous en éprouvions, nous sommes forcés d'avouer que nous sommes passablement désarmés contre elle. La fièvre est un des phénomènes morbides les plus complexes, elle comprend un ensemble de troubles fonctionnels dont la nature intime nous échappe. L'élévation de la température qu'elle provoque, son influence sur la circulation et la respiration, les troubles digestifs qu'elle détermine, de même que ceux dans les fonctions sécrétoires, excrétoires et sensorielles, mais avant tout les modifications qu'elle amène dans les tissus et les organes, tous ces phénomènes lui donnent une puissance magique. Pour la compréhension plus facile de ces différentes formes, nous admettons qu'elle est produite par la pénétration dans le sang de produits hétérologues, plus ou moins toxiques; c'est de la nature de ces produits que dépendra son caractère septique ou aseptique.

Chez le phthisique, l'idée de résorption se présente tout naturellement, — mais, quoi qu'il en soit, c'est la fièvre qui tue la plupart des phthisiques; les autres périssent par diminution du champ respiratoire ou par l'une quelconque des autres lésions qui appartiennent à cette maladie. Nous manquons jusqu'à présent de moyen radical, spécifique contre la fièvre, les anciens moyens restent toujours les plus efficaces : c'est le repos à l'air frais et pur, une alimentation poussée à l'extrême, la suralimentation. En ce qui concerne cette dernière, nous avons déjà dit ce qu'il y avait de plus essentiel; ces préceptes restent vrais, au plus haut point, pour le phthisique fébricitant. Le traitement dit par l'air frais (Kalt Luft-Therapie) et les méthodes hydrothérapiques n'ont pas d'effet notable pour abaisser la température. D'ailleurs, les dernières doivent être complètement bannies, puisqu'il s'agit d'un processus essentiellement chronique, souvent continu, mais souvent aussi très intermittent, et dont les oscillations en sens contraire présentent fréquemment une amplitude considérable.

Sans thermomètre, il est impossible de s'orienter dans la fièvre du phthi-

sique; sa courbe est des plus variables; en quelques heures, elle peut parcourir tous les degrés de l'échelle thermométrique. La méthode qui consiste à *prendre la température buccale*, au moyen de thermomètres à maxima construits tout exprès, est celle qui convient le mieux pour les phthisiques non alités, toutes les autres méthodes présentent de nombreux inconvénients : nécessité de se dévêtir, interruption fréquente du séjour à l'air, etc. Les indications fournies par ce procédé sont très suffisantes pour la pratique; il ne s'agit pas d'une expérience de physiologie.

Dès que la fièvre s'est déclarée, surtout si elle présente le caractère inflammatoire, le repos au lit est de rigueur et doit être, au besoin, précédé d'un traitement diaphorétique; nous y ajoutons, bien entendu, l'aération de la chambre, la vessie de glace, les lotions, etc. Si, au bout d'une semaine, ces moyens n'ont produit aucun effet, c'est que le séjour au lit est insuffisant dans le cas particulier, et l'on aura recours alors au séjour à l'air libre, tel qu'il a été exposé plus haut; l'existence des sueurs sera seule une contre-indication à l'emploi de cette méthode.

En ce qui concerne les médicaments antipyrétiques, il règne sur leur emploi des vues très divergentes : les uns n'en attendent que peu de résultats et les prescrivent occasionnellement à de très petites doses; d'autres, au contraire, en exagèrent l'importance. La vérité est naturellement entre les deux extrêmes; nous ne pouvons pas éteindre le foyer, mais nous pouvons nous opposer à ses ravages. On a considéré les températures élevées comme des auxiliaires puissants pour combattre l'agent morbide. Cela peut être vrai jusqu'à un certain point pour la fièvre infectieuse aiguë, typique. Dans la phthisie chronique, à marche irrégulière, il n'en est certainement pas ainsi. C'est déjà un grand avantage pour nous de pouvoir abaisser les températures élevées qui, par leur durée, aggravent le danger. Tous ceux qui s'occupent de phthisie nous accorderont cela et ne se feront pas faute d'avouer que les nombreux antipyrétiques, outre leur action sur le centre régulateur de la chaleur, déterminent des effets secondaires fort utiles sur la digestion, le cœur et le système cérébral. Si l'on arrive à maintenir la température à 38°, et cela est possible dans un grand nombre de cas, l'appétit renaît, l'activité du malade se réveille, et surtout le sommeil devient infiniment meilleur. Une certaine dose d'antipyrine, de thalline ou d'antifébrine constitue le meilleur hypnotique pour le phthisique, les autres indications pour ces médicaments feraient-elles entièrement défaut. Je puis bien me permettre un pareil jugement après avoir prescrit 11,000 gr. d'antipyrine, 5,000 gr. de thalline et environ 1,500 gr. d'antifébrine. Je recommanderai tout particulièrement ce dernier médicament. Les doses élevées doivent être évitées; on ne coupera pas la fièvre avec elles, on tâchera d'en venir à bout avec 2 à 4 grammes d'antipyrine ou de thalline, ou 0,25 à 0,50 centigr. d'antifébrine. On notera avec soin, par des mesures fréquentes, la marche et la courbe thermométrique, et l'on fera prendre le médicament avant l'élévation ou aux premières annonces du frisson, lequel se trouve alors le plus souvent supprimé. Si l'élévation se produit néanmoins, on essayera d'en abaisser le sommet par de nouvelles doses prises dans l'intervalle des accès. Avec les doses précédentes, le collapsus n'est pas à craindre; le seul inconvénient, c'est la transpiration profuse qui accompagne la chute de la température. On la rendra inoffensive par des frictions, quelques gorgées de cognac, de vin très fort ou de l'agaricine (0,01). Cette dernière, de même que l'atropine, l'acide salicylique

pourront être expérimentés contre les sueurs nocturnes; mais ces dernières me semblent disparaître beaucoup plus rapidement par un traitement convenable de la fièvre et par la cure à l'air libre et au repos. Si, malgré tous ces moyens, la fièvre ne tombe pas, les *inhalations antiseptiques* s'imposeront, surtout si l'on soupçonne l'existence de processus de décomposition assez étendus. L'instrument le plus commode est l'inspirateur nasal de Feldbausch qui permet une évaporation continue d'acide phénique, de créosote, etc. Ces inhalations ont une action calmante sur la muqueuse des premières voies respiratoires; de là leur valeur dans les catarrhes récents. Cette qualité appartient à un degré plus accentué encore à la cocaïne; celle-ci, indispensable quand il existe des ulcérations du larynx, possède une action très bienfaisante contre cette toux sèche, quinteuse, qui entraîne si fréquemment des vomissements. Ces derniers ont leur point de départ beaucoup moins souvent dans l'estomac, assez intolérant chez nos malades, que dans cette toux opiniâtre. Ils font défaut, si le malade réussit à maîtriser les efforts de toux pendant les premières heures de la digestion.

On arrive facilement à *discipliner la toux*, à se soumettre à une certaine méthode de tousser. Un phthisique bien éduqué ne doit pas se livrer à des manifestations bruyantes toutes les fois qu'il ressent des picotements dans la gorge; de même aussi, sauf quand il existe des complications du côté du larynx ou des cavernes, il peut s'opposer à tout effort d'expectoration. Cet empire que le malade acquiert sur lui-même est de la plus haute importance dans certaines formes d'hémoptysie, contre lesquelles nous sommes si souvent désarmés.

Contre ces dernières, outre les moyens connus de tout le monde, on pourra essayer la ligature des membres, vantée de nouveau récemment de divers côtés.

Pour terminer, rappelons en quelques mots certains points importants que nous ne saurions passer sous silence ici : il s'agit de la *gymnastique respiratoire*, des *exercices de marche* et d'*ascension*. La gymnastique respiratoire, recommandée de tous, est exécutée le plus souvent d'une manière fort défectueuse. Son exécution ne restera pas livrée au bon plaisir du malade; des douleurs de poitrine, des vertiges, de l'épuisement et des battements de cœur en seraient la conséquence très fréquente. On insiste pour que le malade, pendant une marche tranquille, fasse 5 à 6 inspirations par le nez après 100 à 150 pas; quand il sera au repos, il en fera 10 à 12 toutes les 5 à 10 minutes. Peu à peu cette habitude deviendra une nécessité; les efforts de toux disparaîtront grâce à cet exercice. Le malade débilité ne devra s'entraîner que graduellement pour les promenades et les montées; le surmenage, l'action violente du cœur et des poumons, les sueurs devant être évités; *c'est progressivement qu'on allongera les promenades* et qu'on permettra les ascensions plus difficiles. Quiconque pourra ajouter 3 à 5 minutes de marche par jour sera, au bout de peu semaines, un marcheur fort respectable. Mais ces promenades et ces ascensions ne doivent pas prendre un caractère sportique; l'exagération, voilà le défaut qui compromet bien des traitements.

Il n'est pas rare de voir de véritables *surmenages du cœur*; Leyden en a rapporté récemment quelques exemples. Leur traitement est le même *mutatis mutandis*. On n'oubliera pas que ces troubles pourront se manifester par les symptômes les plus divers : vertiges prolongés, bâillements continuels, sueurs, sommeil agité, malaise, sensation de pesanteur et de

constriction dans la région précordiale, tous symptômes que l'on rapporte presque toujours à une origine inexacte. Une observation incomplète pourrait seule nier ce fait, à moins qu'on ne fasse commencer la fatigue du cœur au moment où se manifeste le délire (delirium cordis). Ce n'est que vers la fin du traitement qu'on pourra se montrer plus hardi ; on permettra au malade de se livrer à toutes les occupations de la vie habituelle, on éprouvera ainsi sa force de résistance, et on évitera la transition brusque entre les deux vies, sa vie de malade et sa vie habituelle.

Pour tous ces points encore, *le médecin doit rester en contact perpétuel et intime avec son malade et faire sentir son influence éducatriee*. Ce n'est pas seulement pour *guérir* que le malade a besoin d'un éducateur, mais aussi pour *rester guéri. L'ennemi reste près de lui et l'observe avec un soin constant*. Le phthisique ne devrait jamais se considérer comme guéri ; comme le diabétique et les malades atteints d'affections nerveuses ou mentales qui sont guéris, il demeure en quelque sorte sous la surveillance de la haute police. Cette réserve faite, *le phthisique peut guérir ;* cela ne fait pas le moindre doute. Et cette guérison n'est même pas très rare ni difficile à obtenir, si l'on suit bien les indications que nous avons données, si l'on se décide rapidement à un traitement sérieux, prolongé, dont il est impossible de fixer d'avance le terme. Le malade reste exposé, il est vrai, à de nouvelles atteintes, à des récidives ; voilà le point faible. Mais pour peu qu'il se surveille, pour peu qu'il sache agir au moment opportun, il pourra avoir devant lui une vie assez longue, non dépourvue d'agrément et permettant le travail. Ce qu'on est convenu d'appeler plaisirs du monde lui reste interdit ; mais la vie, même avec ces privations, mérite encore tous nos efforts.

Je n'ai pu donner qu'un maigre aperçu de tout ce qui peut nous aider à atteindre ce bel et noble but ; c'est au médecin de le revêtir de chair et d'y faire circuler le sang. Bien des points sont restés dans l'ombre. J'ai dit ce que je crois être le plus important ; j'ai évité avec intention tous les points qui pourraient être sujets à controverse.

Je résumerai en quelques conclusions l'essentiel de ce qui précède :

1° Il n'existe pas jusqu'à présent de traitement spécifique de la phthisie ; toutes les tentatives faites dans ce sens sont restées sans résultat.

2° Le traitement le plus rationnel aura pour but actuellement de normaliser pour ainsi dire les échanges de l'organisme, de ramener la nutrition et la fonction de tous les organes au point qui sera le point physiologique de l'individu en question, de mettre cet organisme ainsi en état de se défendre contre le virus. Pour cela l'action constante d'un air pur, excitant, la suralimentation, indispensable jusqu'à un certain degré, l'endurcissement, le traitement prophylactique ou curatif des processus d'inflammation broncho-pulmonaire, l'entraînement pour les exercices corporels dans les limites qui conviennent à chaque individu, et après qu'une cure prolongée à l'air et au repos aura préparé la voie à la guérison, le traitement symptomatique de la fièvre, enfin l'éloignement de toutes les influences nocives ; voilà des préceptes de la plus haute importance. C'est donc un traitement général aussi bien somatique que psychique qu'il faut suivre, et toute sa force réside dans la rapidité avec laquelle il s'attaque aux premiers symptômes de toute nature.

3° Il n'y a pas de climat spécifique, ni de climat à immunité parfaite : la valeur de chaque climat sera mesurée à la facilité avec laquelle il per-

mettra de répondre aux indications établies au paragraphe 2. Le phthisique peut être traité dans tous les climats non extrêmes; le choix dépendra exclusivement des conditions individuelles. Pour la guérison, le genre de vie et la méthode entrent en première ligne de compte.

4° Le vice capital de la phthisiothérapie actuelle réside dans la croyance, fortement enracinée, à l'incurabilité de la phthisie. Pour obtenir des résultats durables, il faut attaquer la maladie avec la plus grande énergie, réclamer de la part des malades le plus tôt possible le sacrifice de leur situation; la flânerie sans but et sans direction dans les stations du Midi, cette tromperie de séjour de six semaines dans une station quelconque, tout cela doit être radicalement changé. La manie de tromper les malades par le faux diagnostic de catarrhe du sommet fait partie du mal. Un catarrhe isolé du sommet n'est autre chose que de la phthisie.

5° Les rapports du médecin avec le malade doivent être constants et non livrés au caprice de ce dernier. Ce desideratum, comme tous les précédents, ne peut être rempli que par le séjour dans des établissements fermés, auxquels à mon avis est réservé l'avenir de la phthisiothérapie. La partie pédagogique et psychique du traitement a une grande importance. C'est pourquoi le médecin doit avoir une conviction bien arrêtée, une volonté de fer. Il a besoin de beaucoup de patience, de beaucoup de dévouement, de pas mal de commisération pour le malade. Pour être un bon médecin de phthisique, il doit être un homme essentiellement bon. »

Nous ajouterons à ce résumé de la méthode et de la pratique du docteur Dettweiler les résultats statistiques qui se trouvent dans son rapport sur 62 cas de guérison de phthisie. *Bericht über zweiundsiebzig seit drei bis neun Jahren vœllig geheilte Fælle von Lungenschwindsucht.* — Frankfurt am M. 1886.)

« Pendant dix années d'existence, de 1876 à 1886, l'Institut de Falkenstein a reçu 1,325 malades. De ce chiffre, il faut défalquer les malades qui n'étaient pas phthisiques et ceux qui n'ont pas séjourné plus d'un mois. Restent 1,022 cas de phthisie pulmonaire avérée; le diagnostic reposait, avant la découverte du bacille, sur l'existence des signes physiques habituels, et depuis la découverte du bacille, à la fois sur l'existence des mêmes signes physiques et sur la présence du bacille dans les crachats.

Sur ces 1,022 malades, 132 quittèrent l'établissement avec une guérison complète, 110 avec une guérison relative. La guérison relative comprend tous les cas qui, avec l'apparence d'une bonne santé, avec le bon fonctionnement de tous les organes, en particulier du cœur et des poumons, ont conservé encore quelques signes physiques, tels que craquements ou rhonchus dans les points précédemment malades, ou une légère expectoration purulente.

Sur les 132 malades complètement guéris, j'en ai choisi 99 dont j'avais conservé l'adresse et dont j'étais en droit d'attendre une réponse digne de confiance. Je leur écrivis directement ou à leur médecin.

J'ai reçu 98 réponses : 11 de ces malades étaient morts (en partie de maladies complètement étrangères à la tuberculose), ce qui fait une mortalité de 25 pour 1,000, qui se rapproche de la mortalité générale; 12 malades avaient eu une récidive dans l'intervalle, mais s'étaient de nouveau complètement rétablis; 3 sont encore actuellement malades, enfin 1 malade n'a pas répondu. Restent 72 malades complètement guéris. De ces derniers,

37 sont des hommes, 35 des femmes. Dix-neuf fois les lésions siégeaient à droite, dix fois à gauche, quarante-trois fois aux deux sommets.

La durée moyenne du traitement chez 72 malades a été de 142 jours. Or, les tableaux de Leyden et Fraentzel donnent, pour chaque cas guéri par les autres méthodes dans des stations différentes, une moyenne de 335 jours.

Sur ces 72 malades, 4 seulement ont eu besoin de faire un nouveau séjour à Falkenstein; tous les autres ont continué chez eux le genre de vie auquel ils furent soumis au sanatorium.

Au point de vue des saisons, 31 de ces cas furent traités en été, 30 en hiver, 11 à la fois pendant l'été et l'hiver. Au point de vue de la gravité des lésions, 27 étaient des phthisies légères, 28 moyennes et 17 graves.

En résumé, sur 1,022 malades, on en renvoie guéris complètement 132 = 13,2 p. 100, et guéris relativement 110 = 11 p. 100, soit un total de 24,2 p. 100. Ces chiffres concordent avec ceux de la statistique du docteur Meissen, qui a trouvé une proportion de 27 p. 100 de guérisons pour ses 732 malades. »

BIBLIOTHÈQUE

Formulaire de l'herboristerie, par le docteur Maurin. — Paris, Alcan, 1888.

Le docteur Maurin, l'auteur apprécié du Formulaire pour les maladies des enfants, vient de publier un nouveau livre qui sera non moins utile, aussi bien aux médecins qu'aux pharmaciens, aux herboristes et à tous ceux qui s'occupent des malades.

C'est le *Formulaire de l'herboristerie,* dans lequel il rend *aux simples* la place qui leur est due dans la thérapeutique.

Laissant de côté la botanique pure, M. Maurin détermine : 1° les principes actifs; 2° les préparations pharmaceutiques; 3° les formules magistrales les plus avantageuses; 4° les effets physiologiques et thérapeutiques de chaque plante. Cette étude est précédée de notes sur la récolte et la conservation des végétaux et de leurs produits, et enfin l'ouvrage se termine par une table analytique et un mémorandum clinique qui est un vrai répertoire thérapeutique. — P. C.

Manuel d'anatomie humaine, par W. *Krause*, traduit sur la troisième édition allemande par Louis Dollo. Fascicule 2 : *Myologie.* — Bruxelles et Paris, Manceaux et Masson, 1888.

Nous avons déjà eu occasion de parler du premier fascicule de cet ouvrage paru il y a peu de temps. Celui-ci est consacré à la myologie. Enrichi de nombreuses figures dont la plupart, ce qui est fort utile, montrent les muscles en rapport avec les vaisseaux et les nerfs, il se recommande par les mêmes qualités que le précédent. Description claire et nette, choix judicieux des planches, tout contribuera à faire de ce livre un de nos meilleurs manuels. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de l'encéphalocèle traumatique. — Trépanation. — Fongus pulsatile. — Guérison, par M. le docteur H. Folet (*Bulletin médical du Nord*, 1888, 5.) — Cette observation tend à démontrer :

1° Que, chez des blessés atteints de traumatismes des parois du crâne, des troubles intellectuels, des symptômes paralytiques et des phénomènes généraux graves semblant accuser une compression localisée de l'encéphale, peuvent reconnaître tout uniment

pour cause une hyperémie excessive de la pie-mère et, sans aucun doute, de l'écorce cérébrale sous-jacente.

2° Que, dans ces cas, la trépanation agit très favorablement : d'abord à la façon d'un débridement, en permettant, grâce à la suppression d'un morceau de la paroi osseuse, l'expansion du point de substance encéphalique gonflé par la congestion; puis, en permettant une saignée abondante des vaisseaux de la pie-mère.

3° Que les tumeurs dites encéphalocèles traumatiques ou hernies du cerveau peuvent être constituées non par de la matière cérébrale herniée, mais par un fongus bénin émané de la surface dénudée des méninges. Ce fait se produit plus souvent qu'on ne le croit, peut-être même dans la majorité des cas. — P. N.

Le quebracho dans le traitement de la dyspnée (*Medical Analectic* et *Journal des sciences médicales de Lille*). — Ellis s'est servi de ce médicament dans 7 cas; ce sont les suivants : 1 cas d'hydropisie abdominale causant de la dyspnée; 2 bronchites chroniques avec emphysème pulmonaire et 4 cas d'affections pulmonaires tuberculeuses. Dans tous les cas, il a retiré du médicament un avantage qui a dépassé mon attente; jamais, dans aucun cas, il n'a manqué de procurer un grand bien-être à son malade.

Sirop d'ipéca dans les affections pulmonaires. (*Med. Register* et *Journal des sciences médicales de Lille*). — Murrell dilue le vin d'ipéca dans partie égale d'eau et donne des inhalations par le spray de ce mélange. Par l'usage journalier d'une once de ce mélange ainsi employé, il déclare guérir les catarrhes bronchiques, la toux, les aphonies par congestion des cordes vocales. Il améliore aussi les symptômes de la phthisie fibreuse et la douleur due aux ulcères laryngiennes. — P. C.

HYDROLOGIE

Dax thermal.

L'incendie récent de l'établissement de Salies a appelé l'attention sur notre station au point de vue de l'utilisation médicale de nos importantes salines. Aussi l'administration des enfants assistés de Bordeaux a-t-elle résolu d'envoyer à Dax les malades qu'elle adressait jadis à nos voisins. Les Thermes, toujours prêts à coopérer à toute œuvre pouvant faire ressortir nos ressources hydro-minérales, n'ont pas hésité à s'imposer la création d'un petit hospice thermal dans un bâtiment annexe construit à cet effet et qui remplit tous les desiderata de l'hygiène de l'enfance : dortoirs divisés, réfectoir, jardin particulier, service balnéaire complet et séparé, tout a été aménagé avec autant de science que de pratique.

Aussi, quand dernièrement, les délégués de l'administration des hôpitaux de Bordeaux, MM. Lanusse, Delpech et les docteurs Négrié et Piéchaud, médecins des hôpitaux, sont venus inspecter les dispositions adoptées pour répondre aux exigences de cette médication nouvelle, n'ont-ils pas dissimulé leur satisfaction à la Société des Thermes.

Quelques personnages venus à Dax pour leur santé et qui, par leur position, s'intéressent à tout ce qui touche à l'hygiène et à la protection de l'enfance, se sont joints à ces messieurs dans cette visite, qui s'est terminée par un dîner, à la fin duquel plusieurs toasts ont été portés.

M. le docteur Delmas, président de la Société des Thermes, a le premier pris la parole :

Messieurs,

« Au nom de l'administration des Thermes, je souhaite la bienvenue à M. Proust, l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de Paris et inspecteur général de France. C'est un grand honneur pour les Thermes de le recevoir ici, et qu'il nous permette d'espérer que sa présence sera un gage de succès pour l'avenir thermal de Dax.

« Je tiens également à adresser mes souhaits à M. Lanusse, administrateur de l'hospice des enfants assistés de Bordeaux. Nous avons la bonne fortune de posséder en ce

moment ses petits protégés, et nous devons en grande partie à sa sollicitude paternelle pour eux la création d'un petit hospice thermal qui, nous l'espérons, rendra les plus grands services, grâce au concours dévoué de nos deux collaborateurs, MM. les docteurs Barthe de Sandfort et Albert Larauza, médecins des Thermes.

« Qu'il me soit permis aussi d'associer à cette œuvre modeste M. Milliès-Lacroix, maire de Dax. Sa sollicitude pour le développement de la station nous est bien connue, et nous avons confiance dans son esprit de justice et d'équité pour favoriser indistinctement toutes les bonnes volontés et toutes les créations thermales de Dax.

« Je vous propose donc, messieurs, de porter un toast au savant professeur Proust, au dévoué administrateur des hospices de Bordeaux, Lanusse, et à notre sympathique maire, Milliès-Lacroix. »

Puis la série des toasts a commencé.

M. le docteur A. Larauza a souhaité la bienvenue à ses anciens maîtres de Bordeaux.

M. Milliès-Lacroix a renouvelé ses promesses de concours bienveillant pour toute œuvre thermale de notre station. MM. Béquet, conseiller d'Etat; Vital, ingénieur des mines; MM. les docteurs Négrié et Barthe de Sandfort ont chacun, au point de vue de leurs études personnelles, salué l'aurore d'une prospérité nouvelle pour notre station thermale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur l'action physiologique de l'hedwigia balsamifera, par MM. E. Gaucher, Combemale et Marestang. — L'*hedwigia balsamifera* est un arbre de la famille des térébinthacées, qui croît aux Antilles et qui a été classé et décrit par Descourtiz.

Pour l'étude de ses effets physiologiques, nous avons préparé des extraits alcooliques et des extraits aqueux des écorces de racine et de tige. Cette dernière donne 19 p. 100 d'extrait alcoolique et 17 p. 100 d'extrait aqueux, tandis que la racine donne 18 p. 100 d'extrait alcoolique et 25 p. 100 d'extrait aqueux. Toutes nos expériences ont été faites par injections hypodermiques.

Avec les *extraits alcooliques* (écorces de tige et de racine) que nos expériences nous ont montrés d'une égale activité, il a suffi de 0 gr. 146 par kilogramme d'animal pour déterminer, chez le cobaye, des troubles graves, et de 0 gr. 161 pour produire la mort. Les extraits aqueux sont moins toxiques que les extraits alcooliques; celui de tige est plus toxique que celui de racine. L'extrait aqueux de racine est deux fois et demie moins toxique que l'extrait alcoolique; il faut 0 gr. 65 par kilogramme pour amener la mort en une heure. Les symptômes sont les mêmes que ceux que produit l'extrait alcoolique. L'extrait aqueux de tige, à la dose de 0 gr. 53 par kilogramme, tue un cobaye en 20 minutes.

D'après les expériences que nous avons faites, les effets physiologiques produits par les extraits *alcooliques* et *aqueux* des écorces de racine ou de tige de l'*hedwigia* se résument ainsi :

1° Abaissement rapide et considérable de la température;

2° Paralysie débutant par le train postérieur et s'étendant progressivement au reste du corps, s'accompagnant de convulsions généralisées, de dilatation pupillaire et d'éjaculation :

3° Phénomènes vaso-dilatateurs appréciables sur l'oreille;

4° Quand l'intoxication est mortelle, la mort est précédée d'irrégularité de la respiration et de parésie cardiaque.

La seule lésion nécroscopique est une congestion viscérale et surtout pulmonaire, d'autant plus marquée que la mort a été moins rapide.

L'*hedwigia balsamifera* est donc *un poison nerveux hypothermisant, paralysant et convulsivant*, dont les effets s'étendent progressivement de la partie inférieure de la moelle au bulbe rachidien. Nous avons trouvé dans ses extraits, comme principe actif, un alcaloïde

et une résine. Le premier est surtout *convulsivant*; il est aussi paralysant et hypothermisant, à un moindre degré que la résine. La résine est exclusivement *paralysante* et *hypothermisante*, d'une façon beaucoup plus active que l'alcaloïde. En dehors de *son action antithermique, qui est tout à fait spéciale*, elle semble agir comme le curare...

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma. — Marcigny.

Résorcine............................ 1 à 2 grammes.
Vaseline............................. 20 —

Mêlez. — Cette pommade est conseillée contre l'eczéma subaigu. Elle calme les démangeaisons, et forme, en coagulant l'albumine, une couche protectrice qui favorise la reproduction de l'épiderme. — On peut employer dans le même but, une solution contenant 4 grammes de résorcine pour 20 grammes de glycérine. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un marché de pièces anatomiques. — Une enquête relative au meurtre d'une femme qui, dans une ville d'Angleterre, fut trouvée éventrée, a permis de faire cette constatation que les entrailles de la victime avaient été enlevées par une main manifestement exercée aux pratiques anatomiques; la justice anglaise est d'avis que l'assassin n'est nullement un fou, mais un homme qui a tué simplement pour s'emparer des organes disparus et les vendre. On a été conduit à cette indication étrange par la connaissance d'un fait également des plus singuliers. Il existerait, paraît-il, un marché pour la vente des organes abdominaux féminins. Le sous-directeur d'un musée de pathologie anglais a fait savoir qu'il y a quelques mois un Américain était venu le trouver et l'avait prié de lui procurer un certain nombre des organes en question; il offrait de les payer 500 fr. Son but était de pouvoir livrer ces pièces anatomiques préparées dans de la glycérine, en supplément de chaque exemplaire d'un ouvrage médical, qu'il allait publier en Amérique. Cette requête extraordinaire fut naturellement rejetée, mais elle aurait été depuis renouvelée près d'un autre institut d'anatomie. (*Temps.*)

COURRIER

Par décret, en date du 27 septembre 1888, M. le médecin principal de 1re classe Aron a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Widal, placé dans la section de réserve.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 septembre 1888, une médaille de bronze a été décernée à M. Louis Bétis, interne en pharmacie à Marseille, en récompense des services dévoués qu'il a rendus dans les hôpitaux du Pharo et de l'Hôtel-Dieu, pendant les épidémies cholériques de 1884 et de 1885.

— M. le docteur Monteils est nommé médecin du lycée d'Alais.

— M. le docteur Thonion est nommé médecin du lycée d'Annecy.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La pneumonie grippale et la contagion de la pneumonie.

La grippe peut-elle, à elle seule, produire des pneumonies, ou bien les pneumonies que l'on rencontre en grand nombre chez les malades atteints de grippe sont-elles une deuxième maladie surajoutée à la première? La question avait donné lieu jusqu'en ces derniers temps à de nombreuses discussions, sans qu'on pût la considérer comme résolue, lorsque le travail inaugural du docteur Ménétrier est venu l'éclairer d'un jour tout nouveau et fixer ce point de la science d'une manière qui semble définitive. Pneumonies et grippes ont de grandes affinités, au moins dans leurs formes épidémiques; des conditions atmosphériques de même nature peuvent favoriser leur apparition simultanée, les secondes influent sur les allures symptomatiques des premières; mais, malgré leur fréquente coïncidence, elles diffèrent essentiellement de nature, car la pneumonie est certainement une maladie microbienne et la grippe probablement une affection miasmatique.

Il est difficile de fixer, d'une façon nette, les conditions qui favorisent l'apparition simultanée des pneumonies et des grippes. Ces dernières sont certainement sous l'influence des écarts brusques et rapides de température, et les malades, une fois atteints, présentent un terrain essentiellement favorable à la multiplication du parasite de la pneumonie; mais le pneumocoque peut aussi frapper en même temps des personnes de santé en apparence excellente et même se manifester par des localisations insolites (méningite, péricardite, etc.), qui, parfois, se produisent isolément. La plupart des observateurs ont insisté sur ce fait que les débilités, les phthisiques ont surtout été frappés par les pneumonies survenant pendant la grippe; pendant l'épidémie de 1886, M. Ménétrier a vu beaucoup de cachectiques, de débilités être frappés par la pneumonie, mais c'étaient des pneumonies sans grippe et presque toujours la pneumonie grippale a atteint des individus bien portants.

Les pneumonies grippales, ce mot n'étant employé que comme « un simple qualificatif destiné à rappeler les modalités symptomatiques de ces pneumonies survenues sur un terrain déjà préparé par la grippe », offrent le plus souvent une évolution particulière. Le début est très souvent brusque et franc. Le malade, souffrant de sa grippe, ressent habituellement, du dixième au quinzième jour, un malaise plus accentué, accompagné de frissons multiples ou même simplement de frissonnements; le point de côté manque ou, au contraire, est d'une grande intensité. La pneumonie étant

constituée, ce sont les signes physiques qui dominent, surtout les râles sous-crépitants, la submatité ou la matité; le râle crépitant est rare et le souffle prend facilement le timbre aigre de celui de la pneumonie.

Les symptômes généraux revêtent parfois l'aspect de ceux qui accompagnent les maladies infectieuses : pâleur cyanotique, affaissement, perte des forces. La fièvre offre une allure toute spéciale; la courbe est des plus irrégulières, coupée par des oscillations brusques, a son maximum tantôt le matin, tantôt le soir, et n'offre en rien l'apparence de celle de la pneumonie franche.

L'albuminurie est fréquente. Les crachats, quelquefois sanglants, offrent très rarement l'aspect habituel et sont simplement muqueux dans un grand nombre de cas. La dyspnée, très accentuée chez quelques malades, peut être due, comme l'a constaté M. Ménétrier, à un œdème pulmonaire presque généralisé.

La défervescence, qui peut être accompagnée de phénomènes critiques, survient du sixième au quinzième jour en moyenne, mais est suivie d'une résolution locale des plus lentes; la maladie, dans quelques cas, présente des rechutes, et, dans d'autres, suit une marche serpigineuse ou migratrice sur laquelle a beaucoup insisté M. G. Sée. Quelquefois, il ne faut pas l'oublier, la pneumonie grippale évolue comme une pneumonie ordinaire. Quand il y a mort, elle survient en général rapidement le troisième, le cinquième, le neuvième jour, mais peut aussi être amenée plus tard par des complications de la maladie sur le péricarde, les méninges; les localisations, dans lesquelles on retrouve le pneumocoque, montrent la pneumonie devenue infectieuse et se produisent ainsi sans qu'il y ait eu grippe. Ce qui est remarquable, en effet, c'est que les pneumonies, observées en 1886 par M. Ménétrier, en dehors de la grippe, ont affecté des allures spéciales, que beaucoup ont été fort graves et ont entraîné la mort par localisations multiples. On pourrait conclure de tout cela que les conditions qui favorisent le développement épidémique de la grippe sont aussi favorables à la recrudescence de l'activité du pneumocoque, qui, comme Netter l'a prouvé, existe chez beaucoup d'entre nous à l'état normal.

Dans toutes les pneumonies grippales dont il a eu l'occasion de faire l'autopsie, M. Ménétrier a retrouvé le pneumocoque de Fraenkel, Talamon et Netter, microcoque elliptique; il existait même dans les formes bronchopneumoniques, ces dernières dépendant, soit d'une maladie pulmonaire antérieure, sclérose ou bronchite chronique avec emphysème, soit d'une infection bronchique secondaire.

Les recherches les plus intéressantes ont été faites sur l'hépatisation grise et sont en partie confirmatives de celles de Rindfleisch sur le même sujet. Une première forme d'hépatisation grise se produit même avec la résolution normale. Sauf la couleur, qui est grise ou jaune, quelquefois rougeâtre quand la matière colorante des globules persiste, le poumon présente les caractères physiques de l'hépatisation rouge. Le caractère microscopique le plus remarquable est la présence de grosses cellules, granuleuses, à un ou plusieurs noyaux qui dissocient et résorbent la fibrine; on retrouve ces cellules dans les lymphatiques et dans les ganglions. L'hépatisation grise avec suppuration et prolifération épithéliale exagérée forme la transition vers les formes franchement suppurées. Dans ces dernières, il faut distinguer d'abord l'hépatisation avec suppuration en foyers; tandis que la résolution s'effectue normalement, on trouve çà et là de petits

abcès microscopiques qui tendent à détruire les parois alvéolaires et contiennent un microbe de la suppuration, un streptocoque. Vient ensuite l'hépatisation grise avec ramollissement diffus où les éléments cellulaires sont très nombreux, se colorent mal et présentent une tendance dégénérative des plus nettes. Tandis que le poumon, dans cette forme, est mou, très friable, « assez semblable à une éponge imbibée de pus » dans l'hépatisation avec dégénération cellulaire sans ramollissement, le lobe atteint est brun-rouge, sans points ramollis, peu friable, et contient dans ses alvéoles un grand nombre de cellules rondes ou polyédriques par pression réciproque qui, après l'action du picro-carmin, prennent une teinte se rapprochant de celle des dégénérescences caséeuses traitées par ce réactif. Dans ces formes, on trouve toujours le pneumocoque et souvent des microbes de la suppuration.

Les lésions ci-dessus décrites se rencontrent aussi bien dans les pneumonies grippales que dans les non grippales; comme de plus on trouve toujours le pneumocoque, aussi bien pendant la vie dans les tissus et l'exsudat qu'après la mort dans les tissus, on peut conclure qu'il s'agit dans tous les cas de la même maladie. Son apparition fréquente dans le cours de la grippe peut être due à un facteur auquel on ne fait jouer dans la pneumonie un rôle important que depuis peu de temps, nous voulons dire la contagion.

Dans un traité célèbre, Grisolle regardait la contagion de la pneumonie comme impossible, tandis que dans un de ses derniers ouvrages M. le professeur G. Sée admet qu'elle est « sinon prouvée, au moins probable. » M. le docteur Netter, dans un mémoire plein d'intérêt, a entrepris de prouver la réalité de l'existence de la contagion et il semble y être parvenu complètement. Si, dans certains cas, dans le plus grand nombre, en réalité, le pneumocoque a une activité peu développée, dans d'autres, au contraire, ses propriétés pathogènes semblent s'exagérer subitement et on assiste alors à des épidémies de maison des plus redoutables. Stein a vu cinq pneumoniques sur une famille de six personnes, Muller trois sur quatre habitants d'une chaumière et on trouvera beaucoup d'autres exemples cités par M. Netter. Mais la contagion peut s'exercer ainsi en dehors de ces exagérations d'activité du contage : dans une observation de Schroten, un malade au lit depuis sept semaines est atteint de pneumonie huit jours après l'arrivée d'un pneumonique dont il partageait la couche ; il existe plus de trente observations semblables. Le contage peut s'attacher aux objets inanimés, surtout aux lits, draps, couvertures, etc. (observations de Mendelsohn, Flindt, etc.). Il peut même être transporté par des personnes saines, ainsi que le prouvent des cas de Flindt, où il est impossible de saisir la moindre cause en dehors de la contagion.

Le pneumocoque est diffusible; des malades couchés à une certaine distance des lits où l'on place des pneumoniques sont atteints à leur tour sans s'être exposés à aucune des influences pathogènes classiques; l'intervalle de trois lits est le plus considérable que M. Netter ait pu relever et il en conclut que le contage pneumonique est médiocrement diffusible.

Le contage peut conserver longtemps son activité et il peut y avoir contagion tardive, la période aiguë de la pneumonie étant terminée. Dans une observation de Flindt la contagion semble s'exercer après un intervalle de vingt-un mois. Dans une autre du même auteur une famille est pour ainsi dire poursuivie par la pneumonie et, malgré des changements de rési-

dence, presque tous ses membres sont successivement atteints. Là, encore, on est forcé d'admettre la persistance pendant vingt-un mois de l'activité du pneumocoque, peut-être même cette persistance a-t-elle été de trente et trente-neuf mois.

Schroeder en collationnant les observations de la policlinique de Kiel a montré que, dans une seule maison il y eut, de 1868 à 1882, trente-une pneumonies. Pour Netter, une famille où il y a eu un cas de pneumonie est, toutes choses égales d'ailleurs, trois ou quatre fois plus exposée qu'une autre à présenter un autre cas l'année suivante et ce n'est qu'après un intervalle de deux années, qu'on pourra généralement, semble-t-il, se flatter d'être à l'abri de cette contagion à longue échéance. Enfin, la contagion après guérison entraîne cinq fois plus de pneumonies que celle qui s'opère au cours de la maladie.

Ce que l'on appelle l'hérédité de la pneumonie peut en grande partie être rapporté à la persistance de l'activité du contage; quoi qu'en ait dit Riesel, la transmission de la prédisposition est peu prouvée, tandis que la transmission intra-utérine est certaine (obs. de Thorner), ainsi que celle par l'allaitement.

Netter a constaté expérimentalement la résistance du pneumocoque à la privation de l'eau. Foa et Uffredozzi, qu'il cite, ont vu le sang rester virulent après quarante-cinq jours de dessiccation. Quand on a eu une pneumonie, la salive renferme pendant très longtemps l'agent pathogène (Frænkel, Sternberg, Netter) et on peut l'y rencontrer après dix ans et plus.

Il existe toujours une période d'incubation dans la pneumonie; elle est latente comme dans la plupart des maladies contagieuses et sa durée moyenne peut être fixée à cinq jours, l'expectoration jouant un rôle prédominant dans la transmission; on peut même admettre que la pneumonie est contagieuse pendant la période d'incubation (obs. de Stein). Si la qualité du contage (pneumonie grave ou légère) ne semble jouer qu'un rôle peu important, il ne semble pas en être de même de sa quantité, car la contagion est d'autant plus grande que le contact est plus intime (lit commun); dans ce dernier cas, l'incubation pourrait être plus courte. Le refroidissement a aussi de l'influence sur la durée de l'incubation et l'abrège certainement.

La pneumonie récidive souvent, et il est très probable que les récidives sont dues à la persistance du contage chez l'individu guéri. D'après les recherches de Netter, 81 pneumoniques, sur 100, étaient des récidivistes et 2,255 pneumoniques de tous pays lui ont donné une proportion de 26,8 récidivistes sur 100. Enfin, ce que la clinique avait montré depuis longtemps, les récidives accentuent la prédisposition; Rush a observé 28 pneumonies, en vingt-huit ans, chez le même iudividu, Andral 16, Digoteux 15.

De la comparaison des observations, il résulte pour Netter que ce sont les troisième et huitième années qui fournissent le plus de récidives; viennent ensuite les deuxième, quatrième, huitième et septième; enfin, la moitié des récidives se produit, la quatrième et la cinquième année. Toujours d'après ses calculs, l'intervalle qui s'écoule entre les récidives ultérieures est, dans plus de la moitié des cas, de moins de trois ans et de moins de quatre ans dans plus des quatre cinquièmes.

Comment expliquer les différentes particularités de la récidive? Frænkel et Netter y sont parvenus en montrant que l'on pouvait conférer une

immunité temporaire à l'aide d'inoculations de cultures atténuées du pneumocoque. La pneumonie agit de même; de là la durée assez longue qui sépare la première attaque de la première récidive; les attaques successives vaccinent temporairement, mais la durée de l'immunité conférée va sans cesse en diminuant. L'érysipèle dit à répétition fournit un exemple classique absolument comparable. C'est très probablement dans la salive que le contage, dont la virulence est diminuée après chaque attaque, récupère peu à peu son activité et amène les récidives.

On voit que, si la théorie microbienne n'a pas changé beaucoup, jusqu'à présent du moins, le traitement classique de la pneumonie, elle a fixé nos idées sur les points les plus obscurs de sa pathologie. Elle permet aussi de poser un certain nombre de règles prophylactiques dont les principales ont été résumées par Netter de la façon suivante :

Bien qu'un isolement rigoureux ne soit pas nécessaire, on évitera, à l'hôpital, de placer les pneumoniques dans une petite salle, à moins qu'ils ne soient seuls; on s'efforcera d'éloigner de ces malades les sujets atteints de fièvre typhoïde, de rougeole, d'affections aiguës des voies aériennes, de néphrite, de diabète; enfin, les crachats étant sinon le véhicule unique, du moins le véhicule habituel du contage, on cherchera à les désinfecter. La destruction des pneumocoques, qui demeurent pour ainsi dire indéfiniment dans la salive des sujets une fois atteints, reste encore à l'état de problème, mais complétera l'ensemble des mesures prophylactiques à diriger contre la pneumonie. Paul CHÉRON.

REVUE DES JOURNAUX

Quelques considérations sur la maladie de Parkinson, par M. G. GAUTIER. (*Lyon médical*, 1888, 36.) — L'auteur résume son travail de la manière suivante :

1° La maladie de Parkinson n'offre pas les caractères des névroses. Les symptômes sont exclusivement des troubles du système musculaire et dérivent de la rigidité des muscles;

2° Cette rigidité, phénomène capital de la maladie, est produite dans les muscles, sans l'intervention du système nerveux. C'est une propriété idio-musculaire; elle serait le résultat de la phosphaturie dont sont atteints la plupart des parkinsoniens;

3° Cette phosphaturie aurait pour point de départ les fatigues musculaires; ce serait une phosphaturie musculaire;

4° La maladie de Parkinson pourrait être considérée, dès lors, comme la manifestation d'une dystrophie du système musculaire. — P. C.

La pyridine comme excitant du cœur. (*Therapeutic Gaz.* et *Journal des sciences médicales de Lille*, 1888.) — Le docteur de Renzi a trouvé que la pyridine était un bon excitant du cœur. Il tire les conclusions suivantes de l'action du médicament dans 7 cas observés à sa clinique : 1° La pyridine, quand elle est donnée à l'intérieur à la dose journalière de 6 à 10 gouttes prises dans de l'eau, est bien supportée, et on peut augmenter progressivement la dose jusqu'à 25 gouttes et même plus; 2° le médicament augmente d'une façon remarquable la systole cardiaque et diminue le sentiment d'oppression et d'anxiété; 3° le nombre des pulsations du cœur diminue, après l'usage de la pyridine, en même temps que le nombre des respirations; 4° la pression du sang dans les artères augmente; 5° de nombreux tracés il ressort que la ligne d'ascension de la courbe est plus élevée, en même temps aussi les pulsations deviennent plus régulières; dans un cas où il y avait une arythmie nette, la pyridine la fit disparaître complètement et le pouls redevint normal et parfaitement régulier; 6° la pyridine a aussi

guéri l'angine de poitrine et elle guérit l'attaque plus rapidement et plus sûrement qu'aucun autre médicament.

Dans l'asystolie, elle est d'une grande valeur; elle agit plus sûrement que la digitale et on n'a pas à redouter les effets d'accumulation. — P. N.

Acide phénique camphré. (*Journ. de méd. de Lille*, 1888.) — Dans la *Correspondenzblatt fur Schweizer Aerzte*, le docteur Schneider (de Bâle) recommande l'acide phénique camphré comme un antiseptique élégant, digne de confiance et très efficace. Quand on met une partie d'acide phénique cristallisé et trois parties de camphre en poudre dans un tube à essai, on obtient un liquide limpide, peu coloré. Cette mixture ne possède pas l'odeur caractéristique de l'acide phénique, ni ses propriétés rubéfiantes et caustiques, tandis que son pouvoir antiseptique est entièrement conservé. Ce composé, placé sur la langue, ne donne qu'une légère sensation de douleur. Il n'abime pas les instruments en acier poli. — P. N.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE GANNAT (ANNÉE 1886-1887).

Cette vaillante Société, qui en est arrivée à sa quarante et unième année d'existence, atteste sa vitalité par les observations intéressantes que l'on relève dans son compte rendu.

M. le docteur LAGOUT a communiqué un cas d'*évolution du rhumatisme aigu sur différents organes internes*. Son malade a présenté successivement de la congestion du foie, une fluxion de poitrine et, enfin, une localisation cardiaque qui détermina la terminaison fatale. L'auteur, se basant sur les travaux de Martinet et Peter, admet que la mort, presque foudroyante, a été amenée par l'irritabilité produite sur le plexus cardiaque.

— Une curieuse *guérison de ptérygion* a été observée par le docteur RUELLE. Le malade, qui souffrait depuis 1875, fut forcé, en 1880, de séjourner dans un moulin à écorce de chêne; il y vécut quinze jours entouré d'une atmosphère fortement imprégnée d'une fine poussière de tan. Au bout de ces quinze jours, il s'aperçut que le ptérygion avait beaucoup diminué d'épaisseur; il partit néanmoins, mais remarqua très nettement qu'à partir de ce moment, le ptérygion resta stationnaire; quelques semaines après, il revint au moulin, y resta vingt jours et en sortit complètement guéri. Il n'y a pas eu de récidive.

— Après un rapport de M. Lagout sur la thèse du docteur Frémont et un de M. Jardet, sur celle du docteur Legendre, nous avons à relever une *question médico-légale* présentée par M. le docteur MIGNOT. Il s'agit de cas d'empoisonnements causés probablement par du vin frelaté.

— M. Sahut a lu, au nom du docteur MORIN, une observation d'*occlusion intestinale* suivie de guérison. Il s'agit d'un volvulus avec vomissements fécaloïdes et facies abdominal. Le traitement consista en injections sous-cutanées de morphine et d'atropine associées et en l'administration, en lavements, d'infusion concentrée de café.

— Nous relevons avec intérêt des observations sur la *trépanation du crâne* réunies par le docteur SAHUT. Dans la première, il y avait fracture du crâne avec perte de substance osseuse, fracture des deux tables, mais plus considérable pour la table interne que pour l'externe; esquilles très larges, plus larges que la perte de substance de la table externe, ayant déchiré la dure-mère et pénétré dans la substance du cervelet, et en même temps commotion et compression cérébrale. La trépanation avec réunion immediate sous un pansement antiseptique amena la guérison complète.

— Vient ensuite une note de M. PANNETIER, relative à un *procédé de conservation des matières animales destinées aux recherches toxicologiques*. L'auteur conseille le dessèche-

ment des corps à conserver, ces derniers étant placés en vase clos en présence de l'acide sulfurique.

— Après une communication de M. Lagout, relative à la *prophylaxie de la rage*, nous avons à noter une observation du même auteur, intitulée : *Epilepsie rhumatismale.* La maladie a débuté à 40 ans, et a affecté d'emblée les allures du grand mal sans qu'il y ait eu ni vertiges, ni absences antérieures. Les attaques se produisaient à intervalles de quinze à vingt jours, surtout la nuit, et persistèrent après l'expulsion de nombreux oxyures. M. Lagout, s'appuyant sur les manifestations rhumatismales antérieures présentées par le sujet (chorée, endocardite, rhumatisme articulaire, etc.) et sur le succès complet obtenu par le traitement ioduré, rattache l'épilepsie au rhumatisme.

— Après avoir analysé le compte rendu des mémoires de l'Académie de médecine de Montpellier, M. le docteur Jardet a fait connaître les résultats obtenus par les *papiers réactifs* du docteur Olivier d'Harrogate pour l'analyse des urines. Tous les réactifs permettant de reconnaître la densité et la réaction de l'urine, de retrouver l'albumine ou le sucre, sont contenus dans une boîte de 8 centimètres de longueur, 6 de largeur et 3 de hauteur. Outre des éprouvettes, un densimètre et une pipette, la boîte renferme les papiers réactifs disposés dans un carnet. Ce sont : le papier de tournesol neutre; les papiers réactifs de l'albumine (ferro-cyanure de potassium, tungstate de soude, acide picrique, iodure potassio-mercurique, acide citrique); les papiers réactifs du sucre (carmin d'indigo, acide picrique, carbonate de chaux).

Muni du carnet, un médecin peut très facilement faire l'examen d'une urine au lit du malade. Pour cela, il prend 20 c. c. d'urine environ, qu'il verse dans l'éprouvette que contient la boîte. Puis, après examen de la réaction de l'urine, il ajoute, si elle est alcaline, un ou deux papiers citriques. Il se produit alors un nuage dû à l'albumine, à la mucine ou aux urates. Par la chaleur, le précipité d'urates se dissout, ainsi que les substances oléo-résineuses (térébenthine ou copahu), que l'on trouve rarement. La mucine a un aspect particulier facile à reconnaître. On laisse alors tomber dans le liquide un des papiers réactifs de l'albumine. Quand il y a une grande quantité de ce dernier corps, le papier se recouvre du précipité et s'en enveloppe.

Pour rechercher le sucre, on place dans l'éprouvette graduée 10 c. c. d'eau et un papier au carmin d'indigo, dont on fait dissoudre la couleur jusqu'au bleu pâle en chauffant légèrement. On ajoute un papier de carbonate de soude et une goutte d'urine. On chauffe le liquide jusqu'à ce qu'il fume et on le maintient ainsi soixante secondes. Si le liquide ne change pas, on ajoute une goutte d'urine, puis une troisième.

En général, la couleur tourne au rouge pourpre, s'il y a du sucre, puis au jaune. Mais il faut savoir que cinq à huit gouttes d'urine normale peuvent faire rougir la solution et que l'agitation du tube retarde la réaction. On peut faire une évaluation approximative de la quantité de sucre contenue dans l'urine, en remarquant que la couleur bleu pâle d'une solution de 10 grammes de carmin d'indigo, jaunit en présence d'une goutte d'urine contenant environ 8 grammes de sucre par 100 grammes lorsqu'on la chauffe une minute, ou encore 4 grammes pour 100 quand on chauffe le liquide dix minutes.

Les densimètres sont des perles de verre qui ont chacune une densité déterminée et que l'on jette dans le liquide.

— Nous ne pouvons malheureusement que signaler le travail de M. le docteur Paul Fabre sur la *dermatologie en France et à l'étranger*, ainsi que la communication du M. Nicolas relative à un cas de *fractures multiples*; mais nous devons insister sur l'*épidémie d'intoxication saturnine* observée par M. le docteur Cornillon aux environs de Vichy. Un minotier avait une des meules de son moulin fendillée et trouée en plusieurs endroits. Un maladroit ouvrier crut devoir remplir les vides avec du mastic de vitrier dans lequel entre une grande quantité de céruse. Dès que la meule se mit en marche, le mastic se détacha peu à peu et se mélangea à la farine. Des signes non équivoques d'empoisonnement ne tardèrent pas à se manifester parmi la population. Soixante personnes environ furent victimes de cette maladresse; sur ce nombre, la plupart furent légèrement atteintes. Outre les coliques et la constipation excessive que tous les malades présentèrent, quelques-uns souffraient de phénomènes particuliers.

Deux eurent des attaques épileptiformes qui se répétèrent plusieurs fois. Il n'y eut pas de mort, mais la convalescence fut toujours longue. Le liséré bleu des gencives a toujours été observé.

Des chiens qui avaient mangé du pain contaminé furent tués par leurs maîtres qui les croyaient enragés; ces animaux poussaient des hurlements effrayants. Des poulets empoisonnés par la même cause périrent, les poules résistèrent mieux, mais elles *cessèrent de pondre*. Dans une ferme, dont tous les habitants furent intoxiqués, on voulut user une grande provision de farine, et, pour cela, on en nourrit de jeunes porcelets qui furent vendus quelques jours après; trois de ces animaux périrent chez l'acheteur, et les trois autres succombèrent après être restés longtemps sans manger.

— Nous avons à relever deux notes de M. P. Fabre sur les *inoculations antirabiques* et la *constitution médicale de Commentry*, trois de MM Cornillon et Mignot sur l'*empoisonnement par le cuivre*, le *style médical* et une *opération de hernie étranglée suivie d'anus contre-nature*, et une note du docteur Noir sur un cas de *morphinomanie* chez un sujet atteint de dilatation de l'estomac.

— M. Lamallerée a étudié l'emploi des *injections gazeuses dans diverses affections des voies respiratoires*. Pour lui, le traitement Bergeon, s'il ne guérit pas les phthisiques, leur procure une amélioration réelle, enraye pour le moins les progrès de la diathèse et rend l'espoir à toute une classe de malheureux dont le moral est profondément affecté par l'insuccès de la médication classique.

— M. J. Nicolas a, dans un cas de phthisie diabétique, employé les pointes de feu. Elles ont une grande innocuité comme révulsif quand la peau n'est touchée que superficiellement.

— Après un rapport de M. Morin sur la thèse du docteur Deschamps, M. le docteur Mignot a présenté quelques observations sur la pneumonie. Il a observé une épidémie de grippe qui a donné lieu à une fréquence insolite de pneumonie ou de broncho-pneumonie, presque toutes marquées par un défaut de réaction et de phénomènes critiques et un appareil symptomatique incomplet. Anatomiquement parlant, elles franchissaient rarement le deuxième degré d'une hépatisation diffuse plutôt que franchement inflammatoire, et, en dernier résultat, aboutissaient à un délire mêlé d'agitation précurseur de la mort.

— M. H. Pannetier, à la suite de deux observations, a émis cette opinion que le manque de coagulabilité du sang et la diminution de contractilité des vaisseaux capillaires chez les hypnotiques peuvent être une cause d'hémophilie.

— M. le docteur F. Fabre a communiqué des *notes sur trois épidémies d'oreillons* observées à Commentry (1875-1881-1887). Il n'a jamais observé de complications métastatiques du côté des ovaires ou des mamelles; l'orchite a été aussi très rare. Les glandes sous-maxillaires ont été très fréquemment engorgées; enfin, dans plusieurs cas, il a noté une exagération de la sensibilité du côté du pancréas. Les abcès consécutifs ont été fréquents, et, dans trois faits, il y a eu du torticolis, complication qui n'avait point encore été signalée.

— Un mémoire des plus intéressants du docteur Leblanc sur le *traitement par l'inhalation de certains états morbides produits par les microbes pathogène*, termine le volume des comptes rendus. Les eaux minérales qu'il recommande surtout sont la source Dominique de Vals, le Mont-Dore, la Bourboule, Royat, Saint-Honoré, Saint-Boës. Pour lui, les inhalations jouent le rôle le plus important dans l'action nécrophytoire des eaux minérales sur la tuberculose ds l'appareil respiratoire. On peut employer des inhalateurs et véhiculer par la vapeur d'eau jusque dans l'appareil pulmonaire un grand nombre de substances balsamiques, salines, gazeuses, etc. Les principales de ces substances sont le sulfure de carbone, les iodures, etc. L'administration de ces derniers par la voie pulmonaire paraît indiquée quand les malades éprouvent de l'intolérance ou des douleurs gastriques. L'eulyptol est un mélange de six parties d'acide salicylique, une partie d'acide phénique et une partie d'essence d'eucalyptus, employé par le doc-

teur Schmeltz (de Nice); il est bien supporté à la dose de 8 à 10 grammes par jour. Le myrtol a aussi été employé; il faut l'administrer pour combattre les affections catarrhales subaiguës ou chroniques ou quand la bronchite a parcouru une partie de son évolution, que la fièvre est tombée et qu'elle est arrivée à la période dite catarrhale; enfin lorsque l'expectoration est abondante, opaque ou mucoso-purulente. Viennent ensuite la terpine, le térébène, l'euphorbia pilulifera, le piperonol, la pyridine, le thymol. L'aseptol est le produit de la combinaison à température ordinaire de l'acide phénique et de l'acide sulfurique concentré à équivalents égaux, c'est un liquide soluble dans l'eau qui s'emploie facilement. L'émulsion d'ichtyol peut être substituée avec avantage aux eaux sulfureuses dans les inhalations chez les tuberculeux, car il possède les mêmes propriétés antiseptiques que ces eaux et ne produit pas leurs effets d'excitation générale.

M. Leblanc passe ensuite en revue l'iodoforme, l'iodol, la naphtaline, l'eucalyptol, l'acide citrique, etc. On peut conclure avec lui qu'un grand nombre de médicaments antiseptiques ingérés n'étant éliminés qu'en faible quantité par la surface pulmonaire, il est inutile ou nuisible d'en charger l'économie et qu'il vaut mieux, pour eux, recourir aux inhalations. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance de l'Académie de médecine du 2 octobre, M. le docteur E. Verrier, candidat au fauteuil vacant à l'Académie dans la section d'accouchements, a lu, à l'appui de sa candidature, une observation d'enchatonnement du placenta avec délivrance incomplète et septicémie puerpérale.

La malade a été sauvée par les injections intra-utérines de sublimé à 1/2000 qui ont suffi pour entraîner tous les débris du placenta et mettre la cavité utérine à l'abri de l'invasion des colonies microbiennes.

Il n'est donc pas indiqué dans tous les cas, conclut M. Verrier, de faire supporter à la femme, venant de subir les pénibles manœuvres d'une délivrance artificielle, le traumatisme nouveau d'un abaissement, d'un curetage et d'un écouvillonnage, dans un utérus aminci, fatigué, avec un col ramolli, flasque, pantelant, souvent déchiré et qui n'offre pas de prise à la pince pour l'abaissement.

Les injections antiseptiques de sublimé, d'acide phénique, d'alcoolé de guaco ou d'autres parasiticides suffiront dans ces cas. Mais on peut écouvillonner quand des membranes ou d'autres débris restent à la suite de l'accouchement naturel et de la délivrance spontanée, quand l'opérateur n'a pas été forcé d'introduire la main dans l'intérieur pour extraire le placenta.

Dans les avortements où ce placenta reste souvent après l'expulsion du fœtus, et dans lesquels d'ailleurs il ne saurait être question de l'introduction de la main, le curetage et l'écouvillonnage sont absolument indiqués. Le col utérin présente alors une résistance suffisante pour fournir une prise solide à la pince de Museux.

M. Verrier parle encore de l'indication du curetage en gynécologie pure, mais à simple titre de citation.

(Renvoyé à la section d'accouchements formée en comité d'élection.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Nicaise dépose au nom de M. Léon Tripier, candidat au titre de membre correspondant, un mémoire sur trois cas de résection du nerf dentaire inférieur.

M. Monod dépose : 1° au nom de M. Macario (de Nice), une observation de persistance des règles après l'ablation des ovaires ;

2° Deux observations du docteur Roux (de Lausanne), l'une d'un cas de carcinome du cou, l'autre d'une opération de gastro-entéro-stomie.

— M. Segond présente un travail du docteur Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth, intitulé : *Contribution à l'étude de la blennorrhagie chez l'homme.*

— M. Chauvel lit un rapport sur un mémoire adressé par M. Charvot, médecin militaire en Algérie. Il s'agissait d'un Arabe de 42 ans qui s'était fait une fracture malléolaire, laquelle, soignée par un *soubib*, avait donné lieu au bout de 4 mois à une consolidation vicieuse; le pied était porté en dehors, M. Charvot fit d'abord l'ostéotomie linéaire, et n'ayant pu réduire la déviation, il pratiqua la résection sous périostée de cinq centimètres de tibia. Malgré quelques complications, la guérison fut obtenue en deux mois et demi et le malade quitta l'hôpital au bout de six mois. Revu après 18 mois, il pouvait marcher, les mouvements du pied étaient en partie revenus et l'atrophie musculaire était même en grande partie disparue. M. Chauvel insiste sur les heureux résultats qu'on obtient souvent en pareil cas par la simple résection du péroné.

M. Terrillon : Peu après les communications de M. Polaillon sur ce sujet, j'ai présenté ici le fait d'un officier à qui j'avais pratiqué la résection du péroné avec les plus heureux résultats. Il y a deux ans, j'eus à traiter une fracture de Dupuytren datant de trois mois et demi. La consolidation vicieuse était telle qu'il en résultait une déviation considérable et que la marche était impossible. Après avoir pratiqué la section du péroné, je fus surpris de la facilité avec laquelle le pied reprenait son attitude normale, et j'en restai là. La guérison fut rapide et pleinement satisfaisante.

M. Desprès. Depuis longtemps j'ai l'intention de vous entretenir d'un nouveau procédé de suture applicable aux fistules, la suture à distance. J'ai eu à traiter une fistule trachéale déjà opérée par le procédé américain, c'est-à-dire des larges avivements ; je répétai l'opération et j'eus encore un insuccès dû aux mouvemements respiratoires. Alors, après avoir largement avivé, au lieu de suturer les plaies, je fis de chaque côté un large pli de peau. Je maintins les plis rapprochés au moyen d'une épingle et d'une suture entortillée ; et lorsqu'au bout de cinq jours je retirai l'épingle, la fistule était fermée. Dans ce cas on aurait pu aviver à l'aide du thermo-cautère et rechercher une réunion par seconde intention.

Pour une fistule pénienne j'appliquai un autre procédé. C'était un malade qui avait déjà été quatre fois opéré pour une fistule de l'urèthre ; chaque fois il avait subsisté un pertuis qui par suite des érections s'agrandissait. A son entrée dans mon service le malade dut d'abord être traité pour des urines purulentes. Puis, un mois plus tard, je fis deux incisions circulaires à un centimètre de la fistule et à un centimètre encore plus en dehors ; j'enlevai la zone de peau comprise entre les incisions et je suturai avec des épingles les surfaces avivées en formant un pli transversal au-dessus de la fistule. J'enlevai les épingles le troisième jour, et, comme il restait un petit orifice, je recommençai l'opération qui, cette fois, ne laissa voir qu'un très petit pertuis par lequel l'urine ne sortait pas, même quand on fermait le méat pendant la miction. J'ai encore employé ce procédé chez une femme qui avait une fistule vésico-vaginale ; mais, comme le col vésical avait disparu, cette opération n'a été faite qu'au point de vue de l'art, l'incontinence étant forcément inguérissable.

M. Théophile Anger : Je connais le malade à la fistule pénienne, et je l'ai opéré autrefois ; je l'ai revu au mois de juillet et je crois bien que c'est un farceur qui rouvre sa fistule quand elle est fermée pour vivre à l'hôpital. Après une première opération elle était restée fermée huit jours ; puis elle s'est ou a été rouverte. Récemment j'ai refusé de l'opérer pour ce motif et aussi parce qu'il est albuminurique.

M. Berger : Je n'aime pas le procédé de M. Desprès qui forme une sorte d'infundibulum où le liquide peut s'accumuler, ce qui prédispose à la réouverture de la fistule. Je fais une incision circulaire autour de l'orifice, je dissèque la peau avec soin jusque vers la fistule que je ferme avec la péau rebroussée. Puis je maintiens cette fermeture par un lambeau autoplastique ou par le glissement de la peau des parties voisines.

M. Desprès : Moi aussi, j'ai pensé aux inconvénients d'une semblable poche, mais le résultat a démenti les prévisions.

— M. Nicaise communique un cas de déchirure du rectum par le ballon de Petersen. Il s'agit d'un vieillard de 75 ans, atteint de cystite calculeuse, à qui on avait fait 7 ou 8 lithotrities sans pouvoir arriver à débarrasser complètement sa vessie. Pour remédier à la cystalgie, je résolus de lui faire une fistule sus-pubienne.

J'injectai 340 grammes dans le ballon de Petersen, et 280 grammes dans la vessie. L'opération marcha bien. A la suite on constata des douleurs persistantes dans la région hypogastrique, et un affaiblissement progressif qui aboutit à la mort en 16 jours. A l'autopsie le péritoine était sain, les reins petits et contractés, et à la partie antérieure du rectum se voyait une déchirure au niveau d'une plaque indurée, qui se traduisait vers la vessie par une coloration plus foncée. Je ne saurais dire s'il s'agit d'uue déchirure ou d'une solution de continuité due à la chute d'une escharre par compression. Quoi qu'il en soit, l'ampoule rectale a des dimensions très variables suivant les individus et il ne faut pas trop compter sur une grande dilatabilité de cette ampoule.

M. Routier rappelle qu'il lui est arrivé un accident semblable ; on a constaté une perte de substance au niveau de la paroi rectale. Il s'agissait pourtant d'un jeune sujet, et le ballon avait été modérément rempli.

M. Le Dentu : Je crois que dans ces cas il existe une altération de la paroi rectale antérieure, altération qui peut n'être pas profonde. Mais ces accidents sont rares et quelques précautions peuvent en mettre à l'abri. Quand le ballon commence à se remplir, il faut s'arrêter dès qu'on éprouve quelque résistance. J'injecte rarement plus de 300 gr. et je préfère injecter le surplus dans la vessie, si elle le tolère bien.

M. T. Anger : Le fait de M. Nicaise est le 4e ou 5e qu'on rapporte ici. Je m'étonne qu'on n'abandonne pas le ballon de Pétersen. J'ai présenté au Congrès de Londres un catéther qui, une fois introduit dans la vessie, laisse sortir un petit chaînon destiné à relever la paroi supérieure de la vessie. Grâce à cet instrument j'ai fait des tailles sans la moindre injection.

M. Desprès : Le ballon de Pétersen peut encore refouler la vessie sur le côté et exposer à l'ouverture du péritoine. Dans une taille, il y a presque toujours de l'urine dans la vessie. On peut en faire l'ouverture comme on fait une ligature, en prenant comme points de repère les pyramidaux, l'ouraque, puis deux grosses veines vésicales.

M. Marc Sée : Une sonde ordinaire peut remplacer l'instrument de M. Anger, qui sert simplement à pousser en avant la paroi vésicale avec le péritoine. Le ballon de Pétersen refoule au contraire toute la vessie en haut et par conséquent relève le cul de sac péritonéal pré-vésical.

M. Segond : Jusqu'à l'invention du ballon de Pétersen on avait abandonné la taille sus-pubienne parce que, dans cette opération, on avait coutume d'ouvrir le péritoine. Presque tous les chirurgiens s'en servent, il facilite beaucoup l'opération parce que, grâce à lui, la vessie vient s'offrir aux regards, ce qui est très important dans les cas de cystite douloureuse avec vessie rétractée. Les accidents sont du reste très rares.

M. Le Dentu : Tout bon chirurgien peut faire la taille sans ballon ; mais, grâce à lui, elle est facilitée et se trouve à la portée d'un chirurgien moins expérimenté. Non seulement le ballon relève la vessie, mais il en développe la paroi, ce qui est indispensable quand on fait la taille pour une tumeur, pour une ulcération, quand on veut y faire des cautérisations.

M. Desprès : J'ai insisté sur ce que les accidents signalés étaient bien dus au ballon. Ne redoutez-vous pas l'emploi de cet instrument par des mains inexpérimentées ?

M. Nicaise : Je suis partisan de l'emploi du ballon, et n'ai pas voulu le combattre. Mais j'ai été frappé de la facilité avec laquelle les auteurs parlent d'injection de 400, 500 et même 800 grammes. Il ne faut en injecter que de 200 à 300 grammes, quitte à mettre plus d'eau dans la vessie, si elle l'accepte.

— M. Piqué rapporte une observation de cure radicale pour une hernie inguinale ayant donné lieu à des accidents de pseudo-étranglement qui avaient cédé facilement à des moyens simples. L'opération fut très laborieuse.

— M. Nicaise présente un robinet gradué pour limiter à volonté la quantité de liquide à pulvériser, quand on fait dans la gorge ou le nez des pulvérisations avec une substance toxique comme le biiodure de mercure.

FORMULAIRE

Pansement des ulcères. — Besse.

Dans le cas d'ulcères chroniques, on en saupoudre la surface avec de l'antipyrine; puis par dessus on dispose une couche de coton salicylé, que l'on maintient avec un bandage. Le pansement est changé tous les jours. — Lorsque les granulations apparaissent, on touche l'ulcère avec le nitrate d'argent, et on le recouvre d'iodoforme pulvérisé. N. G.

COURRIER

Par décision ministérielle du même jour, M. Aron a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'Asile public d'aliénés de Bordeaux, sera ouvert le 17 décembre 1888, à une heure précise, à la Faculté de médecine de cette ville.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Asile, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une à quatre heures, du 1er au 15 décembre inclusivement.

Souscription en faveur de la veuve d'un confrère

Septième liste

Mme la princesse de Wagram	300 fr.
MM. les professeurs Verneuil (de l'Institut)	40
— Straus	20
MM. les docteurs Balzer	20
— Galezowski	100
— d'Heurle	20
— S. Pozzi	40
— Jules Simon	50
Sixième liste	2.948
Total	3.558 fr.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ponnet (de Neuville-sur-Saône).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Des temps du cœur,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juin 1888,

Par P. Duroziez.

Il y a une confusion fâcheuse dans la fixation des temps du cœur : tandis qu'on désigne les temps par les mouvements du cœur, présystole, systole, diastole, on les fixe d'après les claquements; ce qui précède le premier claquement est présystolique, ce qui le suit est post-systolique; on confond la diastole avec le deuxième claquement. Il faut nécessairement arriver à une plus grande précision dans les termes. Nous reconnaissons que les claquements n'existent pas toujours ou même se dédoublent ou se doublent; ils ne peuvent donc pas toujours servir, mais on s'exposera à des erreurs quand on parlera de mouvements et qu'on n'aura constaté que des bruits ou des claquements.

Parfois on se base sur le battement de la pointe; mais systole et battement de la pointe ne sont pas identiques; le battement de la pointe fait partie de la systole, mais n'est pas toute la systole; la systole commence à la base avant de se faire sentir à la pointe; il y a une période systolique qui précède le battement de la pointe; le battement de la pointe est l'acmé de la systole; la systole n'est pas un point mathématique, pas plus que la diastole; aucun mouvement dans la nature n'a cette brusquerie. De plus, la pointe n'existe pas toujours.

On ne peut pas toujours régler les temps d'après le battement de la pointe.

On s'est servi du battement de la carotide, à qui quelques-uns reprochent son retard; à plus forte raison, à la radiale et à la crurale.

Dans les tracés polygraphiques, on montre le retard en faisant partir la systole du ventricule de son premier début; or, il est évident que le sang ne peut pas pénétrer dans l'aorte dès le début de la systole. Mais on montre, de plus, que la radiale est un peu en retard sur la carotide. A cela, nous n'avons rien à répondre; nous demandons seulement si l'application des instruments se fait absolument dans les mêmes conditions de pression. Nous sommes frappé de ce fait que, chez un individu atteint d'insuffisance aortique, si nous comprimons la radiale, le pouls paraît être en retard. Si nous l'effleurons, il y a coïncidence. Nous voudrions un sphygmographe qui ne fît que voir sans toucher.

En somme, nous pensons que, dans la fixation des temps, il faut se servir

des claquements, du battement de la pointe, du pouls carotidien, en n'oubliant pas que la systole n'est pas représentée par un point, qu'elle a un commencement, un milieu et une fin.

La systole de l'oreillette n'a pas toujours la même forme, la même place. L'état pathologique ne ressemble pas à l'état physiologique.

De même la diastole.

Il ne faut donc pas s'étonner si, dans tous les cas, la fixation des temps n'est pas aussi carrée qu'on le désirerait et si dans la systole du ventricule, à son début, il y a lieu de confusion avec la systole de l'oreillette, la présystole.

De là des embarras quand on sent un double battement de la pointe et un pouls dicrote; les uns attribuant la première partie du dédoublement à la systole du ventricule, les autres à la présystole. Toutefois, nous sommes d'avis, avec Marey, que le dicrotisme de la fièvre typhoïde ne ressemble pas à celui de l'insuffisance aortique, et nous pensons, de plus, qu'à l'oreille et au doigt, on les distingue sans intervention d'instrument.

Le double battement de la pointe est dû tantôt à la présystole et à la systole, tantôt à la systole seule. Nous reconnaissons, dans un certain nombre de cas, que la première partie du double battement est due à la présystole; à ceci, qu'elle ne se transmet pas dans les artères, surtout s'il n'y a pas d'insuffisance aortique.

Chappaz, 38 ans, palefrenier. Paralysie générale alcoolique. Doublement du premier mouvement et du premier bruit du cœur. Athéromes. On sent une double pulsation en avant, à la pointe seule; les deux bruits du premier temps sont limités à la pointe, la seconde partie étant beaucoup plus forte. Le pouls est simple et régulier.

Tridon relève avec le cardiographe le battement de la pointe et note une saillie considérable de l'oreillette.

Pas de double souffle crural. On ne sent qu'un battement dans les artères; le premier battement du doublement du cœur ne se transmet pas. On entend les deux bruits du doublement sur le cœur gauche; en arrière, je ne l'entends pas.

Chez la femme Guyot, 31 ans, atteinte de rétrécissement mitral, nous notons, à l'aide du polygraphe, une forte saillie présystolique non transmise dans les artères.

Dans un cas de néphrite interstitielle avec bruit de galop (Moissard, 50 ans), dédoublement très net du premier claquement à droite et à gauche, sans double souffle crural; nous notons à l'aide du cardiographe, à la pointe, trois soulèvements, un pour l'oreillette, deux pour le ventricule. Les artères étaient dures.

Malheureusement, nous n'avons pas noté le dicrotisme du pouls qui devait exister, quand même la présystole ne se serait pas fait sentir dans les artères.

Dans l'insuffisance aortique, nous l'avons déjà dit dans un article (*Bulletin de la Société de médecine de Paris,* t. XI, 1876) la pointe n'est plus à à la pointe du cœur, elle est reportée en dedans et plus haut; la paroi externe forme sac en dehors, un véritable anévrysme; l'extrémité inférieure du cœur, ce qui a pris la place de la pointe, va battre non plus comme la pointe, mais comme le reste de la paroi ventriculaire, c'est-à-dire en dedans pour l'œil, l'espace intercostal s'affaisse pour l'œil; car, pour le doigt, c'est un choc en dehors qu'il reçoit; l'œil et le doigt se contre-

disent. Au deuxième temps, l'œil aperçoit un mouvement en avant, et le doigt sent un retrait.

Quand on dit que, dans l'insuffisance aortique, il y a choc au deuxième temps par le fait de la rentrée du sang, on se trompe; l'œil seul aperçoit une trépidation qui correspond à la ligne saccadée ascendante de Marey; quand on voit les tracées de Marey, on comprend bien qu'il ne peut pas y avoir de choc et qu'il n'est pas possible de confondre la systole avec la diastole.

Gautrin, 48 ans, cocher. Insuffisance aortique. On n'aperçoit de mouvements qu'à l'extrémité du cœur, mouvements peu étendus comme surface et comme force, ondulants plutôt qu'impulsifs, continuels; mouvement de retrait suivi d'une trépidation en avant. Le pouls radial coïncide avec le mouvement de retrait qui coïncide avec le choc perçu par le doigt à la pointe. Double souffle à la base, à la pointe du cœur, dans les carotides et dans les crurales. Pas de souffle en jet de vapeur. Le cœur mesure 14 sur 20. Cet homme a eu des fièvres intermittentes pendant huit mois.

Véron, 41 ans, insuffisance aortique. Au premier temps, l'extrémité du cœur semble se retirer, et, dans l'espace placé au-dessus de celui où on note cette dépression, on aperçoit au premier temps un double mouvement en avant qui fait la bascule avec le mouvement de l'extrémité. Sur le reste de la région précordiale on ne voit plus d'impulsion. Le doigt sent battre la pointe que l'œil voit se retirer. Au double mouvement systolique du cœur correspond un double battement de la radiale.

Le retard n'est pas toujours dû à la compression, puisque nous le notons pour le claquement artériel. Chez le nommé Girod, 22 ans, l'extrémité du stéthoscope, appliqué au niveau de la pointe du cœur, indique un double battement au premier temps. On sent au premier temps, vers la pointe, un double battement; on ne voit que la seconde partie, isochrone avec le pouls carotidien. Double choc dans la brachiale au premier temps. Pour la crurale, un claquement isochrone avec le pouls radial, mais en retard sur le pouls carotidien.

Dans la séance du 7 mai 1888, Société de biologie, M. de Varigny montre que l'élévation de la pression aortique chez l'homme se fait en deux temps. Dans la séance du 12 mai, Chauveau rappelle que « le même fait a été observé chez le cheval par Marey et par lui. Le tracé graphique montre une première ascension brève, correspondant à la phase pendant laquelle la pression ventriculaire augmente et commence à soulever les valvules sigmoïdes. Une deuxième ascension brusque et considérable marque le moment où la résistance des sigmoïdes est vaincue et où la pression ventriculaire supérieure à la pression artérielle chasse le sang dans l'aorte. Il en résulte, dit Chauveau, que le sang ne pénètre pas dans l'aorte au début de la contraction ventriculaire, mais bien un certain temps après le début de la systole; la production du bruit de souffle du rétrécissement aortique ne coïncidera pas exactement avec le début de la systole ventriculaire, il arrive toujours après le début de la systole. Il n'en est pas de même du souffle de l'insuffisance mitrale qui est, au contraire, un souffle franchement systolique et qui débute avec la contraction du ventricule. Ces différences de début des souffles systoliques peuvent être nettement perçues à l'auscultation par une oreille exercée et leur interprétation pourra parfois aider au diagnostic. »

Si le rétrécissement aortique existé sans insuffisance, le souffle pourra

n'être perçu qu'après l'occlusion de la mitrale, à la condition que l'hypertrophie du ventricule n'aura pas renversé l'échafaudage diagnostique, et puis souvent l'insuffisance aortique vient s'ajouter au rétrécissement, il y a dès lors communication constante entre l'aorte et le ventricule, et le ventricule, dès le début de sa contraction, chasse le sang dans l'aorte. Pour l'insuffisance mitrale, il doit y avoir une différence suivant que la valvule est rigide et percée d'un trou qui ne varie pas, ou qu'elle est souple, et n'est insuffisante que par l'affrontement insuffisant de ses bords, c'est-à-dire lorsqu'elle a claqué.

Dans les cas de lésions aortique et mitrale combinées, il nous arrive d'entendre à la pointe le souffle d'insuffisance mitrale en jet de vapeur passant entre les deux souffles de rétrécissement et d'insuffisance aortique; le souffle mitral vient après le souffle du rétrécissement aortique.

Néanmoins le rythme du souffle d'insuffisance mitrale n'est pas le même que celui des souffles d'orifice aortique et pulmonaire, dans lesquels il faut comprendre le soufle chlorotique. Pour l'insuffisance mitrale, c'est le faux pas; on sent que le ventricule voulant s'appuyer sur la mitrale pour ouvrir les sigmoïdes trouve un point d'appui insuffisant, bat, tombe et souffle, tandis que pour le bruit chlorotique on sent l'effort solide; le ventricule se contracte lentement, relève la mitrale, s'appuie sur elle, ouvre l'aorte avec un ronflement cadencé et tranquille. Le bruit ronflant, soufflant, s'étend d'un claquement à l'autre, sans choc, sans imprévu, sans à-coup.

Parfois ce souffle se segmente, et on entend un double souffle entre deux claquements forts; c'est ce que nous avons appelé le paffout; on entend le premier claquement, un souffle, un second souffle et enfin le deuxième claquement. Les deux souffles sont dans la systole. Nous trouvons ce rythme spécial chez les anémiques séniles, chez les anémiques athéromateux où la contraction du ventricule fait plateau comme dans les artères. Le souffle vient ici après le premier claquement comme dans le rétrécissement aortique. C'est un rythme particulier qui étonne l'oreille, mais très franc d'allure; on sent que la mitrale ne se mêle pas de la partie pour l'embrouiller.

Le double souffle systolique de la pointe n'a pas toujours le même rythme. Que de variétés! Les instruments s'en tirent à meilleur compte que nous,

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE, par F. KŒNIG. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1888. (Tome Ier, 2e fascicule.)

Nous avons déjà parlé de cet ouvrage au moment de l'apparition de son premier fascicule. La publication semble devoir se poursuivre régulièrement, tous les trois mois, ainsi que l'avaient annoncé les éditeurs, et cela est un grand avantage dans les ouvrages de ce genre.

Ce fascicule, où l'on trouve les mêmes qualités pratiques que dans le précédent, contient la fin de l'étude des maladies de la face et l'exposé entier de celles du cou. Nous relèverons principalement les chapitres consacrés à la résection du maxillaire inférieur et au carcinome de la langue. Peut-être, à propos de la langue, aurait-on désiré un peu plus de détails sur le diagnostic différentiel des ulcérations syphilitiques, quelquefois si difficile et si important. Dans la seconde partie, il y a surtout à signaler les pages consacrées au diagnostic et au pronostic des tumeurs du cou, au traitement du goître, et enfin au diagnostic et au traitement des tumeurs et ulcérations du larynx.

P. N.

L'Année médicale (dixième année), 1887. — Paris, Bureaux du *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, 1888.

Le docteur Bourneville vient de faire paraître le dixième tome de l'*Année médicale*. Cette publication, commencée en 1878, obtient auprès du public auquel elle s'adresse un succès qui ne se dément pas. Elle est, en effet, d'une utilité très réelle pour les médecins et les élèves qui, sans perte de temps et sans peine, trouvent ainsi résumés en petit nombre de pages les principaux progrès réalisés pendant l'année dans le domaine des sciences médicales.

Les collaborateurs du volume de 1887 sont : MM. P. Loye, pour l'anatomie et la physiologie ; Capitan, pour la pathologie générale ; Brissaud et Œttinger, pour les maladies des voies respiratoires ; Comby, pour les maladies du cœur et des reins ; D. Aigre, pour les maladies de l'estomac et du foie ; Marie et Guinon, pour les maladies du système nerveux ; Keraval, pour la psychiatrie ; Josias, pour la médecine légale ; Plicque, pour les maladies de l'enfance ; Tavernier, pour la dermatologie ; Baudoin, pour la chirurgie ; Malherbe, pour les affections des voies urinaires ; Baratoux, pour les maladies de l'oreille ; Poncet, pour l'ophthalmologie ; Maygrier, pour l'obstétrique et la gynécologie ; Cruet, pour l'odontologie ; Bottez, pour la thérapeutique ; Vigouroux, pour l'électrothérapie ; Delfau, pour la climatologie et l'hydrologie médicale. Enfin, dans une intéressante revue, Gilles de la Tourette énumère et discute les différentes réformes proposées ou accomplies récemment dans l'enseignement officiel, dans les services de l'Assistance publique et dans le corps de santé de l'armée. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

De l'ésérine dans les ulcères de la cornée, par H. Harlan (*Med. Record*, 1888, et *Annales d'oculistique*, juillet-août 1888). — Le fait que l'éserine diminue la tension intra-oculaire a été démontré par de nombreux observateurs.

Dans l'ulcération de la cornée, le symptôme le plus gênant est la photophobie, et le danger le plus à craindre, la perforation de la cornée par suite de la pression intra-oculaire. Or, l'ésérine fait contracter la pupille et par suite s'oppose à la pénétration d'une partie de la lumière ; elle diminue la pression intra-oculaire et par suite le danger de la perforation ; elle maintient l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser la réparation de la membrane et le malade est pendant ce temps dans un aussi bon état que possible. L'ésérine est donc, théoriquement, un excellent agent dans l'ulcération de la cornée et les cas rapportés par l'auteur montrent que la théorie est en effet conforme à la réalité.

Dans l'emploi de l'ésérine, il faut observer deux précautions : d'abord ne pas employer de solutions trop fortes ; chez certains malades un collyre qui dépasse 5 centigrammes pour 30 grammes produit des douleurs assez vives ; en second lieu, il faut être absolument certain que l'œil que l'on soigne n'est pas atteint d'iritis. — P. N.

De l'emploi des pulvérisations phéniquées dans les affections palpébrales, par Sedan (*Recueil d'ophtalmologie*, 1888). — La solution la meilleure est la décoction de 25 grammes de feuilles de coca dans 250 grammes d'eau filtrée et additionnée de 1 gramme d'acide phénique. Pulvériser avec le vaporisateur à parfums usuel (la solution doit être tiède) toutes les demi-heures (5 à 6 minutes chaque fois). L'auteur a obtenu des succès rapides dans des cas qui avaient résisté longtemps à tous les traitements. Ces pulvérations produisent une résolution de l'état inflammatoire, une analgésie presque complète et une atténuation des démangeaisons insupportables des blépharites. Quand l'œil est par trop sensible, on peut interposer une gaze à larges mailles entre l'œil et le liquide. — P. N.

Récents progrès en gynécologie, par le docteur de Saint-Moulin (*La clinique*, 1888, 39.) — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Dans la pelvi-péritonite non exsudative, la douleur qui est l'élément dominant, peut être supprimée d'emblée par la dilatation de l'utérus ;

2° Dans la forme exsudative la dilatation forcée, en libérant la circulation de retour, peut enrayer la marche des tuméfactions péri-utérines et faciliter la résorption des exsudats.

3° Dans le cas d'abcès péri-utérin ou d'abcès pelvien qui ne sont en général que des kystes des trompes, on peut en dilatant et curettant la matrice, évacuer leur contenu par le canal utérin ;

4° Dans les cas de septicémie puerpérale les symptômes septiques disparaissent promptement par ce procédé ; nul autre n'est aussi efficace pour désinfecter complètement la cavité utérine, véritable foyer ou usine à production microbienne ;

5° Les réflexes tels que les vomissements, etc , sont pour ainsi dire instantanément supprimés par la dilatation forcée du muscle utérin.

Quant à l'innocuité de ce procédé, elle est hors de doute grâce à l'antisepsie rigoureuse. P. N.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN (1886-1887).

1886. — M. Petel donne lecture d'un travail intitulé : *Ostéo-arthrite suppurée de l'épaule droite*, résection sous-périostée de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : 1° au point de vue opératoire, il faut signaler les difficultés résultant de l'absence de cavité articulaire et la résistance à la scie du tissu osseux éburné; 2° la rapidité de la guérison, la simplicité des suites de l'opération ont été remarquables. Malgré une fistule qui a duré sept mois, le malade a commencé à se servir de son bras deux mois après l'opération; 3° le rétablissement des fonctions du membre a amélioré la situation antérieure, et on peut espérer que les mouvements gagneront en étendue; 4° enfin la nature de l'affection osseuse est difficile à établir. Cependant M. Petel croit que la lésion initiale a été une ostéo myélite épiphysaire.

— M. François Hue fait une communication sur l'*amputation ostéo-plastique du pied* par le procédé de Pasquier-Lefort. Il y a eu, après l'opération, un ictère que le chirurgien rattache à l'émotion vive du traumatisme et de l'opération. Il pense que la suture osseuse est nécessaire pour l'obtention d'une réunion osseuse en bonne place. La section du tendon d'Achille constitue un dernier temps facile de l'opération. M. F. Hue estime, plus que jamais, que la conservation du tendon ne sert qu'à exposer à la traction en arrière du lambeau calcanéen par suite de la rétraction des gastro-cnémiens.

— M. Cerné lit trois observations du docteur Percepied relatives à l'*otite moyenne aiguë* causée par la pénétration du liquide dans la caisse pendant les injections nasales. Malgré l'évacuation, d'ailleurs spontanée, du pus à travers la membrane du tympan, l'acuité auditive normale a été recouvrée, et l'un des malades a même eu à plusieurs reprises ces accidents, sans en éprouver de sérieux inconvénients ultérieurs. Quand on recommande les irrigations nasales, il faut s'assurer que rien ne s'oppose mécaniquement au passage du liquide; les gros polypes et les tumeurs adénoïdes sont des contre-indications formelles. Puis on fera des recommandations précises sur le manuel opératoire : l'olive sera tenue horizontalement et directement d'avant en arrière ; elle sera toujours introduite dans la narine libre. Cette introduction se fera pendant que le liquide s'écoule pour éviter le coup de bélier qui accompagne toujours l'issue brusque d'un liquide même à pression modérée. La malade, penchant légèrement la tête, en avant et du côté opposé à l'olive nasale, tiendra la bouche ouverte et respirera franchement en évitant les inspirations brusques et exagérées. Il faut éviter de se moucher en pinçant les narines, se garder de rire, et, dès que le courant du liquide se fait mal, retirer l'olive pour recommencer après un intant de repos. Les instruments seront d'une

propreté méticuleuse et d'une substance résistante; l'olive sera pourvue d'un large orifice. L'instrument à choisir est le siphon que l'on établit facilement et partout avec un tube de caoutchouc et auquel on donne une pression de 0,60 à 0,80 centim. Le liquide devra être très pur et tiède. On a conseillé de ne pas se servir d'eau pure qui gonfle l'épithélium nasal, mais d'y ajouter des substances médicamenteuses, notamment du sel marin à 1/2 p. 100.

— M. PETEL présente un *enchondrome de l'annulaire gauche* ayant atteint le volume d'une tête de fœtus. La malade portait la tumeur depuis trente ans et ne s'est fait opérer qu'à cause de douleurs survenues depuis quelques mois. Le chondrome s'est développé aux dépens de la première phalange de l'annulaire, en respectant la lame de tissu compact qui forme la face dorsale de cette première phalange; le tissu pathologique partant du centre de l'os a surtout envahi et détruit ses faces latérale et palmaire. La tumeur était entourée d'une capsule qui a rendu l'énucléation facile.

— M. DUMÉNIL rapporte un cas de *réduction d'une inversion utérine par la ligature élastique*. La ligature avait été appliquée dans le but d'enlever la matrice; cette dernière se rétracta, exprimée par l'anse.

— M. LEMAIRE (du Tréport) montre un *optomètre astigmomètre*, construit par Arnhold et Nachet (de Paris).

1887. — M. le docteur CERNÉ présente *quelques considérations sur la mortalité à Rouen dans ses rapports avec l'hygiène urbaine*. L'auteur n'est pas favorable au tout à l'égout, du moins immédiat. A Rouen la mortalité est très élevée, sans que ce système soit appliqué, mais d'autres villes en France, où il n'est pas non plus en vigueur, en ont une très basse. Toutes ces questions sont fort difficiles à résoudre, et il faudrait, avant tout, l'organisation d'un bureau d'hygiène comme en possèdent presque toutes les grandes villes où l'on a vraiment souci de la santé publique. L'étude de l'eau potable doit être faite avec le plus grand soin; à Rouen, après le dégel, les orages, elle est absolument trouble, répugnante à voir, lourde à l'estomac. De plus, dans certains quartiers, on recueille par les robinets des maisons particulières des animalcules développés dans les réservoirs ou les conduites.

— M. CERNÉ rapporte un exemple de la *résistance de la peau à la déchirure*. Il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un jeune homme trouvé sur une voie de chemin de fer, une cuisse broyée et la colonne vertébrale brisée, avec de simples traces de contusion à la peau. On pense que le choc du chasse-pierre avait dû produire la fracture du rachis. Or, M. Cerné put constater que, immédiatement au-dessous de la circonférence inférieure de thorax, il existait une rupture linéaire de *tous* les organes; le gros et le petit intestin étaient en plusieurs tronçons, les uretères, l'aorte, la veine cave rompus les muscles également, les deux tronçons de la colonne vertébrale entièrement séparés; seuls quelques trousseaux fibreux étaient épargnés, et tout cela à l'intérieur d'une peau intacte entourant le tout d'une sorte de manchon dont l'élasticité a été suffisante pour ne pas céder. A coup sûr un train avait passé sur le corps du mort et jamais l'examen de la peau n'aurait pu le faire soupçonner.

— M. CHABOUX montre une fausse membrane blanchâtre, arborescente, expectorée par une malade atteinte de *bronchite pseudo-membraneuse* à forme chronique.

— M. le docteur LAINEY fait une communication sur le *traitement des granulations palpébrales par le jéquirity*. Voici comment il procède : il prend 5 grammes de graines fraîches qui sont réduites en poussière fine et mises à macérer à froid pendant vingt-quatre heures dans 100 grammes d'eau. Il faut agiter la macération quatre ou cinq fois pendant les vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, la solution filtrée est bonne à employer. On retourne alors les paupières, puis on lave les conjonctives garnies de granulations avec une éponge imbibée de la solution. Il faut laver énergiquement, en ne craignant pas de faire saigner un peu les granulations, pendant quarante à cinquante secondes. La lotion est peu douloureuse, mais bientôt il se développe une violente inflammation; les paupières s'œdématient la joue même participe au processus inflam-

matoire et les ganglions voisins deviennent tuméfiés et très douloureux. Le malade se plaint de violents maux de tête, de faiblesse générale, de nausées; fréquemment, il y a quelques vomissements. Si on peut alors entr'ouvrir les paupières, on voit la conjonctive et la cornée recouvertes par une fausse membrane grisâtre assez épaisse, d'aspect croupal. Ces symptômes inflammatoires commencent à s'amender le troisième jour, les fausses membranes disparaissent vers le cinquième jour et la conjonctive apparaît débarrassée de ses granulations. La cornée continue à s'éclaircir pendant près de six mois. Contre l'état inflammatoire de l'œil, il n'y a rien à prescrire, sauf des lotions fréquentes à l'eau tiède. Souvent une seule application suffit; mais, quelquefois, il faut faire, au bout d'un mois environ, un second lavage, et même un troisième dans certains cas. On peut répéter ces applications autant de fois qu'il est nécessaire, en ayant soin de les espacer de plus en plus. Il est à remarquer que les malades sont les premiers à demander à ce que l'on recommence.

— M. Apostoli expose les *applications nouvelles du courant continu à la gynécologie*. En proposant la galvano-caustique chimique intra-utérine positive ou négative, selon les cas, il a un double but : 1° traiter la muqueuse toujours malade dans l'endo-métrite, lui appliquer un courant intense antiseptique et curatif à la fois; 2° utiliser l'action trophique interpolaire pour combattre du même coup les lésions du parenchyme, qui sont presque toujours concomitantes. M. Apostoli expose aussi le traitement du fibrome : il obtient la régression anatomique variant du tiers au cinquième, mais jamais la disparition totale, l'arrêt très rapide et durable des hémorrhagies, la disparition des phénomènes de compression et la restauration symptomatique de la malade.

— M. Jude Hue fait un compte rendu succinct des *travaux de la Commission d'assainissement de la ville de Rouen*. Les principaux vœux adoptés ont tous pour but d'améliorer judicieusement l'hygiène de la ville de Rouen, où il meurt par an 15 personnes de plus qu'à Genève, 13 de plus qu'à Londres, 10 de plus qu'à Bruxelles et 7 de plus qu'à Paris.

— M. Petel présente un *kyste de l'ovaire* remarquable par son volume exceptionnel; il mesure 1 mètre de circonférence et pèse 15 kilogr. 300 grammes. L'incision nécessitée pour l'extraire, mesurée huit jours après l'opération, avait 37 centimètres de longueur. Cette ovariotomie est la treizième que M. Petel a faite depuis le 4 mars 1884. Le résultat de ces 13 opérations est le suivant : guérisons, 11; décès, 2. Dans un cas, une péritonite récente n'a pas empêché la guérison.

— M. Debout fait une communication au sujet d'un *nouveau traitement de l'orchite blennorrhagique* par la solution de nitrate d'argent au centième. L'auteur préconise le traitement dû au docteur Marc Girard. Il suffit, comme nous l'avons dit plus haut, d'envelopper constamment le côté malade des bourses avec une compresse imbibée de la solution suivante : Nitrate d'argent, 1 gramme; eau distillée, 100 grammes.

Si, au bout de douze heures, il n'est survenu aucune amélioration, on peut porter la dose de nitrate d'argent à 2 ou 3 grammes pour la même quantité de véhicule.

L'application de cette solution ne provoque aucune douleur. Elle ne donne lieu qu'à la coloration brune des téguments, due aux préparations argentiques, ce qui est un mince inconvénient. Il est vrai que son emploi ne peut guère être continué plus de cinq à six jours, car, au bout de ce temps, la peau se fendille et, sur l'épiderme mis à nu, elle produirait de la cuisson et de la douleur. Mais, dans tous les cas que l'auteur a observés, un plus long emploi était inutile; la guérison était obtenue ou près de l'être. Le testicule avait repris à peu près son volume ordinaire; l'épanchement dans la vaginale était entièrement dissipé; on ne constatait plus aucune douleur même par une forte pression, et l'épididyme, tout en conservant cette induration que l'on retrouve souvent plusieurs années plus tard, avait perdu à peu près les deux tiers du volume qu'il présentait lors du début de l'affection. C'est la douleur qui disparaît d'abord, et presque toujours très rapidement. Le volume du testicule met un peu plus de temps à diminuer. Il en est de même de l'épididyme qui conserve pendant longtemps une forte induration que tous les autres traitements sont aussi impuissants à faire résoudre.

Dans beaucoup de cas, il suffit d'appliquer les compresses pendant quatre jours pour amener la guérison, et la moyenne du traitement est de cinq à six jours.

— M. F. Hue rapporte un cas de *luxation ancienne du coccyx* datant de trois ans. La position assise était toujours pénible et difficile à garder sans changer complètement d'attitude. En pratiquant le toucher rectal, il fut aisé à M. Hue de sentir le coccyx déplacé tout entier en avant, en saillie sur la courb : du sacrum, et la réduction s'opéra presque d'elle-même par le fait de l'exploration. Cette réduction s'accompagna d'une sensation de douleur assez vive et d'envie de vomir; mais, depuis, la malade a été complètement délivrée de tous les symptômes qui la tourmentaient. C'est à peine s'il lui est resté pendant quelques jours une sensation de poids à l'endroit de cette ancienne luxation. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Pinard, se portant candidat à la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Une lettre de M. le docteur Ribemont, ayant même objet;

3° Un exposé des titres scientifiques de M. Mossé (de Montpellier), candidat au titre de membre correspondant national;

4° Une lettre de M. Millard (de Washington), se portant candidat au titre de membre correspondant étranger;

5° Un rapport du docteur Guézennec, sur une épidémie de variole ayant sévi en 1888 dans le département des Côtes-du-Nord.

— M. Brouardel présente : 1° au nom de MM. Pampoukis et Chomosianos, un travail sur les hématuries survenant sous l'influence de la médication par le sulfate de quinine dans l'impaludisme;

2° Au nom du professeur Macé (de Nancy), un traité de bactériologie.

— M. Rochard présente, au nom de M. le docteur Aubert, médecin militaire, la relation d'une épidémie d'oreillons. Dans le même régiment, 125 hommes sur un effectif moyen de 665 ont été atteints en deux épidémies, se succédant à bref délai.

— M. Chauvel lit un travail intitulé : *Des abcès intra-crâniens consécutifs aux lésions de l'oreille et de leur traitement.* Il y a quelques années, quand on soupçonnait une telle complication, on conseillait encore la non-intervention. Mais, aujourd'hui, les découvertes sur les fonctions du cerveau, et l'innocuité des opérations mettant le cerveau à nu, ne permettent plus de défendre une telle doctrine. S'appuyant sur quelques faits publiés par divers chirurgiens et sur deux cas observés au Val-de-Grâce et suivis de mort, M. Chauvel propose les conclusions suivantes :

1° Les abcès intra-crâniens consécutifs aux lésions de l'oreille n'ont pas une symptomatologie propre, de sorte qu'on ne peut les diagnostiquer avec certitude. Quand on a des raisons de les soupçonner, il faut intervenir, l'antisepsie rendant l'opération peu dangereuse par elle-même; n'eût-on qu'une guérison sur 10 opérés, cela suffirait à justifier l'intervention;

2° Ces abcès siègent généralement dans le lobe temporo-sphénoïdal;

3° Quand le traitement direct de l'otite a échoué, il faut, si l'on observe des symptômes cérébraux, trépaner l'apophyse mastoïde et attendre quelques jours. Alors, si aucune amélioration ne survient, on ouvrira la boîte crânienne;

4° Les points de repère sont : une ligne horizontale, passant par la commissure externe des paupières; deux lignes verticales, passant l'une en avant, l'autre en arrière du pavillon de l'oreille. Le point à trépaner est sur le trajet de la première ligne, à

égale distance des deux autres; là, on tombera sur la portion écailleuse du temporal, et, en fait de vaisseaux, on ne peut rencontrer que des branches de l'artère méningée moyenne;

5° Le crâne ouvert, s'il y a abcès, on trouvera un point saillant et plus résistant. On l'ouvrira suivant les règles. On doit s'attendre à de nombreux insuccès, soit que la trépanation n'ait pas été faite au niveau de l'abcès, soit que les abcès soient multiples.

— M. Maurice Perrin lit un rapport sur un travail de M. Chauvel. Ce sont deux cas d'extraction tardive de projectiles logés dans les os de la face.

Dans le premier, il s'agissait d'une balle de revolver logée dans l'orbite, et qui avait entraîné divers corps étrangers. L'œil avait été réduit à un moignon et il persistait une fistule intarissable.

Dans le second, un sous-lieutenant blessé au niveau du maxillaire supérieur, à Lang-Son, n'avait pu être soigné pendant les six jours de retraite qui suivirent cette bataille. Il eut plus tard des accès de fièvre pernicieuse. Bref, ce n'est qu'au bout de neuf mois qu'il vint se faire opérer au Val-de-Grâce. La balle était fortement encastrée dans la paroi externe de la narine droite, et il fallut mobiliser le nez pour la retirer. La guérison fut assez longue à obtenir.

On a vu des projectiles fort bien tolérés par les tissus; mais dans les cas cités plus haut, bien que la vie ne fût pas en danger, le chirurgien devait intervenir; car l'un des malades avait une fistule intarissable et l'autre souffrait de névralgies atroces, sans parler des complications possibles.

— M. Olivier présente la 2e série de ses *Etudes d'hygiène*. Ce volume traite surtout de la prophylaxie des maladies contagieuses à Paris.

— M. Verneuil : Dans la dernière séance, M. Bouchard a lu un travail remarquable de M. Mossé. A ce propos, il a fait remarquer qu'en 1881 j'avais apporté à cette tribune la question des rapports de la glycosurie et du paludisme. A ce moment, un chirurgien militaire, M. Sorel, avait déjà dit que j'étais dans l'erreur et que l'association pathologique susdite était rare. C'est également la conclusion de M. Mossé. Il semblerait donc que, dans ce débat, je sois seul de mon avis. Mais je crois qu'il faut faire intervenir ici la géographie médicale et prendre des observations dans des pays très divers.

Ainsi, on m'a dit qu'à Panama les paludiques devenaient souvent diabétiques. On m'a adressé bon nombre d'employés de la Compagnie du Canal interocéanique atteints de glycosurie. Un médecin de Bombay a fait également l'observation que l'impaludisme était souvent suivi de diabète. Je crois que, dans les pays chauds, où « l'endémie est hépatique », où « l'hépatisme est endémique », on a de grandes chances de voir le diabète survenir chez les paludiques.

Ainsi, en Tunisie, le paludisme est souvent suivi d'oxalurie; les calculs d'oxalate de chaux y sont plus fréquents que dans la France tout entière. Aussi, pour trancher la question discutée, il faut des documents provenant de sources très diverses, et je demande qu'on ne la juge pas d'une manière définitive avec les observations de MM. Sorel et Mossé; ces auteurs ont observé tous deux dans des pays où les fonctions du foie ne sont guère atteintes.

— M. Gustave Lagneau, étudiant les *conditions démographiques de la diminution et de l'accroissement des familles*, rappelle que Durand, Doubleday, Alph. de Candelle, Benoiston de Châteauneuf, Hippolyte Passy, Littré ont constaté que la plupart des familles nobles ou bourgeoises disparaissent promptement, cessent de se perpétuer après quelques siècles d'existence. Lainé, en 1846, n'aurait trouvé que 12 descendants de 314 familles ayant existé au XIIe siècle. 380 familles nobles, selon Benoiston de Châteauneuf, auraient eu une durée moyenne de 300 ans.

Dans une petite commune d'environ 800 âmes, rapprochant les noms portés sur un terrier de 1555 des noms inscrits actuellement sur la liste électorale, M. Lagneau trouve que, des 127 noms de famille de 1555, après 333 ans, il n'en subsiste plus que 14, soit 11 sur 100. Certaines familles d'ouvriers décroissent donc comme les familles nobles et bourgeoises.

Sachant qu'au commencement de ce siècle, on comptait 4 enfants par mariage (4,14), et qu'actuellement on n'en compte pas 3 (2,97), M. Lagneau cherche à évaluer l'accroissement ou la diminution des familles suivant qu'elles ont une moyenne de 4 ou de 3 enfants. Dans ce but, il tient compte successivement de la durée moyenne d'une génération, depuis la naissance du père jusqu'à celle du fils, soit approximativement 31 ans; — de la fréquence des mariages stériles par rapport aux mariages en général, soit, au minimum, 13 sur 100; — de la proportion des sexes des enfants, soit 105 garçons pour 100 filles; — de la mortalité des garçons de la naissance à 28 ans, âge moyen lors du mariage, soit environ 40 décédés sur 100; — enfin, de la proportion des garçons de plus de 28 ans, morts sans s'être mariés, soit 6,43 décédés sur 100 naissances masculines. Il constate ainsi que 100 familles ayant 400 enfants, soit 4 enfants par ménage, aux huitième, douzième et quinzième générations, après 217, 341 et 434 ans, ont deux fois, près de trois et quatre fois plus de garçons contractant mariage, soit 201, 295 et 392 garçons mariés au lieu de 100 à la première génération.

Contrairement, pour les familles n'ayant que 3 enfants par ménage, il constate combien est rapide la décroissance de la descendance masculine. Sur 100 familles ayant 300 enfants, à la cinquième génération, après 124 ans, plus de la moitié n'ont plus de descendance masculine, 49 garçons seulement contractant mariage. A la septième génération, après 186 ans, près des deux tiers de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine, 34 garçons seulement contractent mariage. A la neuvième génération, après 248 ans, les descendants mâles transmettant le nom paternel, ne représentent plus que le quart, 25 sur 100 des familles primitives. Enfin, à la quinzième génération, après 434 ans, les neuf dixièmes de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine.

Telle est la rapide diminution des familles ayant une moyenne de 3 enfants par ménage, proportion actuelle de la natalité légitime en France. Donc, si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu, d'environ 3 pour 1,000 habitants, ce minime accroissement tient d'une part à la natalité illégitime (de 7 à 8 enfants naturels pour 100 enfants en général); d'autre part, à l'immigration (actuellement 3 p. 100 de la population française).

M. Javal : M. Lagneau, dans ses calculs sur la proportion des sexes à la naissance, a commis la même erreur d'interprétation que M. Bertillon; cet auteur a dit que, dans le département de la Seine, tout se passait comme si dans chaque famille on prenait la résolution de n'avoir qu'un garçon, et de limiter la procréation une fois ce résultat obtenu. Or, à chaque grossesse, les chances sont les mêmes pour chaque sexe, et la proportion n'en peut être changée par la volonté des parents. Cela ne peut donc expliquer la prédominance du sexe masculin à la naissance (105 garçons pour 100 filles).

M. Lagneau admet que la volonté des parents ne peut modifier la proportion des sexes à la naissance; mais il persiste à accepter l'explication de M. Bertillon.

— M. Terrillon lit un travail intitulé : *Néphrectomie abdominale pour ectopie d'un rein tuberculeux; guérison et amélioration de l'état général.* Il s'agissait d'une dame de 30 ans, qui, depuis l'âge de 23 ans, avait des douleurs dans la région du rein droit que l'on sentait par la palpation sous forme d'une tumeur bosselée. Le côté gauche étant sain et les urines normales, on procéda à la néphrectomie par la voie abdominale, bien que l'état général fût mauvais (amaigrissement, sueurs nocturnes). Le 20 janvier 1888, l'opération fut pratiquée; on dut recourir à la décortication sous capsulaire, ce qui fut laborieux; plusieurs abcès furent ouverts.

Le rein, examiné par M. Brault, présentait des lésions tuberculeuses à toutes les périodes; il était farci de bacilles, et toutes ses parties étaient très atrophiées.

Les suites de l'opération furent parfaites; le 1er mars, il ne restait plus qu'une fistulette; l'état général s'était amélioré au point que la malade avait engraissé de 18 livres. Aujourd'hui elle est fraîche et bien portante, et, depuis l'opération, elle a augmenté de 30 livres.

— L'Académie se constitue en comité secret.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PAR PERFORATION. — Spillmann et Ganzinotty.

Le but principal à atteindre est d'immobiliser complètement la séreuse péritonéale. On y réussit par le repos au lit sans le moindre mouvement. En même temps, on immobilise l'intestin, en administrant l'extrait d'opium à la dose élevée de 10, 20 et même 50 centigrammes, ou en pratiquant des injections hypodermiques de morphine et en supprimant toute alimentation. Il faut toujours en effet, chercher, si c'est possible, à obtenir la cicatrisation de l'orifice de perforation, et à localiser par suite de l'inflammation du péritoine. — N. G.

COURRIER

— Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1888, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, a été nommé membre du Comité technique de santé.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant les années 1884 et 1885.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Arnould (Nord); Gibert (Seine-Inférieure).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Chartier (Loire-Inférieure); Bancel (Seine-et-Marne); Paris (Seine-et-Oise); Rampal (Bouches-du-Rhône).

MM. les pharmaciens Andouard (Loire-Inférieure); Hébert (Côte-d'Or).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Jablonski (Vienne), rappel; Bertin-Sans (Hérault); Liétard (Vosges).

MM. les pharmaciens Bardy (Vosges); Brulé (Sarthe); Rabourdin (Loiret), rappel; Barnsby (Indre-et-Loire), rappel; Gebhart (Vosges), rappel.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pujos (Gers); Grellet (Puy-de-Dome); Lécuyer (Aisne); Gounand (Doubs); Lhuissier (Ille-et-Villaine); Marfan (Aude); de Font-Réaulx (Haute-Vienne).

NÉCROLOGIE. — Nous annoncions récemment la mort du docteur Decaisne père; aujourd'hui nous avons le regret d'annoncer la mort de son fils, le docteur Gaston Decaisne, ancien interne des hôpitaux de Paris (1874), ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société clinique de Paris, décédé le 4 octobre à l'âge de 36 ans.

Postes médicaux. — Situation médicale avantageuse à prendre pour un jeune docteur, dans le département des Landes. S'adresser à M. le docteur Saint-Gachie, à Coudures, par Saint-Sever (Landes).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

Nous n'en sommes plus à compter les hardiesses de nos chirurgiens ; mais, les succès qui les suivent n'étant pas toujours la règle, on peut enregistrer avec satisfaction l'observation de néphrectomie pour dégénérescence tuberculeuse d'un rein en ectopie, dont M. Terrillon a présenté le malade à l'Académie de médecine.

Moins heureux a été M. Chauvel, qui, après avoir porté avec une grande habileté le diagnostic d'un abcès intra-crânien consécutif à une otite suppurée, trépana l'apophyse mastoïde pour donner issue au pus, mais sans ouvrir le foyer profond. Deux observations de ce genre lui ont du moins permis de recueillir des signes qui serviront à porter à l'avenir le diagnostic de ces abcès profonds avec plus de précision et par suite à les atteindre et à les traiter antiseptiquement.

L'intéressante communication faite il y a quelques mois par M. Chauvel, à l'Académie de médecine, sur les accidents consécutifs au séjour prolongé des projectiles de guerre dans les os profonds de la face et la nécessité d'extraire ces projectiles pour y remédier, n'a plus guère qu'un intérêt rétrospectif. En effet, dans un autre travail publié dans le dernier numéro

FEUILLETON

CAUSERIE

Inconvénients de l'absence de plaque à la porte des médecins. — Un homme à queue. — Difficulté de porter secours à un ouvrier blessé au Collège des chirurgiens de Londres. — Dangers de se manger les ongles. — Sensations d'un fumeur de haschisch.

Le correspondant parisien du *New-York medical Journal* s'étonne beaucoup d'une de nos habitudes. On sait que nos princes de la science médicale ne mettent aucune plaque indicatrice sur la porte d'entrée de la maison ni de l'appartement qu'ils habitent. Ils comptent sur leur légitime notoriété et sur les agendas pour renseigner les clients sur le jour, l'heure, et le lieu où on pourra les trouver. Ont-ils raison? Ont-ils tort? Peu importe, c'est comme cela, et quant à mettre une plaque indicatrice, « ça ne se fait pas! »

La coutume étant tout autre en Amérique, où la publicité, la réclame, oserai-je dire, est élevée à la hauteur d'une institution sociale, on conçoit que les Américains puissent s'étonner de cette façon de faire. Nos maisons, surtout dans les grandes voies nouvelles, se ressemblent comme deux pois, dit le correspondant du *New-York medical Journal*, il est, en effet, difficile de distinguer celle du médecin de celle du marchand de diamants

des *Archives générales de médencie*, en collaboration avec MM. Nimier et Pupier, M. Chauvel a démontré que les balles du nouveau fusil Lebel, jusqu'à 2,000 mètres, traversaient toute partie du corps de part en part, aussi bien les os du crâne que celui de la cuisse. Donc, plus de danger de séjour prolongé, plus de nécessité d'extraction immédiate ou tardive. Grande simplification pour la chirurgie de guerre. Le rapport de M. Maurice Perrin sur ce travail n'en est cependant pas moins digne d'attention.

La récente communication de M. Mossé sur l'urologie de la fièvre intermittente était basée sur les résultats constatés chez les malades de la région montpelliéraine. Ces résultats doivent-ils être considérés comme semblables partout ailleurs? M. Verneuil, à l'aide de nombreux documents, ne le pense pas; à Bombay, à Panama, la relation entre les fièvres paludéennes et le diabète existe; en Tunisie, l'oxalurie remplace la glycosurie. ce qui cause probablement la différence entre les résultats constatés dans ces divers pays, c'est qu'à Montpellier le paludisme s'accompagne rarement d'affections hépatiques, tandis que, dans les autres pays, ces affections coïncident le plus souvent avec le paludisme. La question est encore loin d'être résolue, mais la pathologie de Panama fournira, croyons-nous, de précieux documents pour cette solution.

Jusqu'alors on avait cru, sur la foi de sérieuses statistiques, que les familles nobles s'éteignaient beaucoup plus rapidement que les familles roturières; et on expliquait ce phénomène de diverses manières. Or, le fait n'a rien d'exact, d'après de nouvelles recherches de M. Lagneau, d'où il résulte que les prétendues causes invoquées n'ont elles-mêmes que peu de valeur. Les familles d'ouvriers décroissent avec une rapidité presque égale à celle des familles nobles et bourgeoises.

— Une discussion sur le tétanos céphalique, provoquée à la Société de chirurgie par une nouvelle communication de M. Terrillon, a amené divers membres de la Société à mentionner différents faits d'accord avec la théorie infectieuse du tétanos. C'est une sorte de prélude à la discussion

---

en chambre; de là, grande perte de temps dans les recherches, surtout quand on n'est pas bien familiarisé avec notre langue, et, comme le temps c'est de l'argent, la lacune que nous signalons devait nécessairement attirer l'attention de notre pratique confrère.

Il raconte à ce sujet l'anecdote suivante : Un client américain se met à la recherche de la demeure d'un célèbre spécialiste français. Il connaissait bien son nom, qui est fameux dans le monde entier, mais il ne pouvait le prononcer comme font les Français. Cependant, en l'écrivant, il parvient à trouver le boulevard et, heureusement, le numéro exact; mais alors commencèrent ses ennuis, car il ne put comprendre les instructions que lui donna très poliment le concierge, sur l'étage et le côté habité par l'éminent docteur. Ne doutant de rien, notre Américain monte les étages, espérant trouver au moins le nom de famille sur une petite plaque d'argent, sur la porte, mais, hélas! après être arrivé au septième, il ne vit aucun signe de ce genre. Déterminé à ne pas quitter la partie, il écrit le nom sur un papier, et commençant de nouveau ses recherches par le premier étage, il sonna consciencieusement à toutes les portes jusqu'à ce qu'il eût trouvé la bonne.

Cet inconvénient s'étend à beaucoup de médecins, même des petits médecins, des médecins *à bon marché*, suivant l'expression américaine; de sorte qu'à Paris, où il y a autant de médecins qu'en toute autre ville du monde, même les villes d'Amérique, il est très difficile à un étranger d'en trouver un. Dans la classe de ces médecins à bon marché, il y en a qui se contentent d'une petite plaque avec l'indication : « Docteur en médecine, de 1 à 3 heures, » mais sans mettre leur nom; quant à ceux de la classe

qui surgira probablement dans quelque temps à l'Académie de médecine sur le même sujet, à propos du rapport annoncé de M. Verneuil sur des travaux de MM. Berger et Richelot.

A la même Société, on annonce, pour la prochaine séance, une lutte courtoise entre les partisans de l'hystérectomie partielle et ceux de l'hystérectomie vaginale totale, L'expérience acquise dans ces dernières années sur cette nouvelle opération permettra certainement d'en poser avec plus de précision les indications, les avantages et les inconvénients.

L.-H. P.

De l'hypertrophie de l'appareil amygdalien (1).

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES NASO-PHARYNGIENNES.

Si la plupart des troubles de la santé causés par l'hypertrophie des tonsilles étaient connus et décrits de longue date, il n'en est pas de même de ceux qui incombent au développement excessif des autres parties de l'appareil amygdalien. L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, mentionnée après Czermak, par Voltolini, Clarke et Lœvenberg en 1865, — ce dernier en a repris l'étude en 1879 et 1881 (2), — a surtout été mise en lumière par Mayer (de Copenhague) en 1873-74, sous le nom de végétations adénoïdes. Dans ces dernières années, plusieurs travaux ont été publiés sur le sujet; citons, en France, ceux de Chatellier (3) et Moure (4).

Il est exceptionnel que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée existe seule; presque toujours elle coexiste avec l'hypertrophie molle des amygdales palatines et la pharyngite granuleuse.

---

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 2 octobre 1888.

(2) *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*; Paris, Delahaye, 1879. — *Journal de thérapeutique*, 1881.

(3) Thèse de Paris, 1886.

(4) Article PHARYNX, *Dict. encycl.*

---

plus élevée, aucun indice ne révèle leur existence dans une maison. « C'est une coutume parisienne! »

***

De temps en temps, on recueille un exemple d'homme à queue, et, comme toute chose rare, on l'insère dans tous les organes de la presse, jusqu'à ce qu'elle en ait fait le tour. C'est pourquoi je vous signale le dernier qui soit venu à ma connaissance. Il arrive d'ailleurs de Russie, en ligne plus ou moins directe.

Un paysan de 23 ans vint consulter récemment le docteur Piaturtzky pour une tumeur cylindrique, molle, longue de 7 centimètres et épaisse de 2, recouverte de poils et présentant toutes les apparences d'une queue; elle semblait prolonger la partie inférieure et médiane du dos, et être la continuation du coccyx. Cet appendice fut amputé et examiné. Il se composait d'un stroma de tissu conjonctif, avec des vaisseaux sanguins, des nerfs, et trois couches de tissu musculaire disposées en trois faisceaux. Comme beaucoup de fibres avaient subi la dégénerescence graisseuse, on en conclut qu'elles s'étaient atrophiées par défaut d'usage. La présence de fibres musculaires est seule suffisante pour démontrer que c'était bien une queue congénitale, et non une simple excroissance de la peau en forme de queue.

***

L'assistance publique en Angleterre, quoique plus largement dotée que chez nous,

Le diagnostic d'après les signes physiques s'obtient par l'inspection et la palpation.

Le premier procédé ne peut guère être appliqué que par les rhinologistes; la rhinoscopie antérieure donne peu de résultats, même avec un éclairage suffisant à la lumière oxyhydrique et après badigeonnage de la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne 10-20 p. 100. La rhinoscopie postérieure n'est possible que chez les enfants âgés d'au moins 5 à 7 ans et requiert autant de docilité de la part du malade que de dextérité de la part du médecin. Quand elle peut être pratiquée, elle permet de voir soit une tumeur hémisphérique ou oblongue appendue à la voûte du pharynx, soit de véritables stalactites de végétations mollasses rose pâle, plus ou moins recouvertes de mucosités, et qui peuvent masquer à la vue l'orifice postérieur des fosses nasales, les fossettes de Rosenmuller et les orifices des trompes.

La palpation, c'est-à-dire le toucher digital est la méthode de recherche que tout médecin peut employer et qui le renseignera très suffisamment. L'index droit, préalablement humecté, est introduit, la face palmaire tournée en haut, la dernière phalange recourbée en crochet, tandis qu'un coin de bois placé entre les molaires prévient les morsures. Cet index constate le rétrécissement du pharynx nasal, soit par une seule tumeur globuleuse, limitée, de fermeté variable, soit par des masses irrégulières qui donnent d'abord au doigt une sensation de mollesse et de velouté, puis quelquefois celle d'un réseau de fils se brisant sur son passage; alors la pulpe digitale ramène un peu de sang et des débris friables de tissu adénoïde. Cet examen étant fort désagréable au patient, il faut le faire assez rapidement, mais très complètement pour n'avoir pas à le renouveler.

On constate la diminution ou l'abolition de la perméabilité nasale en faisant respirer le malade, bouche fermée, par l'une et l'autre narine successivement.

C'est au défaut de perméabilité des voies aériennes supérieures qu'incombe toute une symptomatologie complexe avec laquelle sont familiarisés les médecins spécialistes en rhinologie et en pédiatrie, mais dont la

présente des lacunes contre lesquelles la presse anglaise ne cesse de s'élever. Voici, à ce sujet, un fait des plus curieux arrivé récemment :

Un ouvrier travaillait dans une des pièces du Collège royal des chirurgiens, à Londres, lorsqu'il fut blessé par la chute d'une énorme pierre détachée de la corniche Naturellement, dit la *Medical Press*, on ne put obtenir de secours chirurgical dan ce temple de la chirurgie britannique, de sorte qu'il fallut transporter promptement malheureux à King's College Hospital. Là, nouveau mécompte, il n'y avait aucun lit vacant, chose tout à fait extraordinaire, et, chose encore plus extraordinaire et même blâmable, on ne put trouver de voiture d'ambulance pour transporter le blessé à Charing Cross Hospital. Le résultat fut qu'il s'écoula environ une heure et demie avant qu'on pût donner le moindre secours au pauvre ouvrier. On apprit ensuite que le crâne était fracturé et la colonne vertébrale aussi, ce qni détermina la mort.

Malgré la nature évidemment mortelle de la blessure, le public considérera certainement comme défectueuse l'organisation de King's College Hospital, et il est probable qu'on prendra rapidement les mesures nécessaires pour y remédier. On ne fera pas mal non plus, pendant qu'on sera en veine de réformes, d'améliorer le service du transport des blessés. Nous pouvons en parler à notre aise à Paris, où le service des ambulances urbaines, quoique encore trop restreint, fonctionne à la satisfaction de tous... pas depuis longtemps, il est vrai, mais enfin...., *se muove*. Nos voisins les Anglais n'en pouvaient ils donc faire autant, eux pour qui les questions d'argent ne sont qu'accessoires, quand il s'agit d'actes qui s'accomplissent au grand jour?

cause échappe trop souvent aux praticiens qui connaissent imparfaitement cet état morbide.

Les symptômes consistent en troubles fonctionnels : de la respiration, de la phonation, des organes des sens et du système nerveux; — en troubles du développement, qui aboutissent à des déformations de la face et du thorax et à un très mauvais état général.

Reprenons ces divers groupes de symptômes.

Parmi les *troubles respiratoires*, il en est de *mécaniques*, il en est de *nerveux*.

L'air ne passant plus qu'accidentellement ou incomplètement par les fosses nasales, dans lesquelles à l'état normal il se réchauffe et se dépouille de beaucoup de poussières organiques et inorganiques, arrive dans la gorge et les bronches impur, trop sec et trop froid ; d'où fréquence des angines, des laryngites et des bronchites.

Quand l'imperméabilité nasale a existé depuis le commencement de la seconde enfance jusqu'à l'âge adulte, le squelette des fosses nasales a subi un arrêt de développement par suppression de fonctions ; la face en porte des stigmates sur lesquels nous reviendrons. Le thorax se développe aussi incomplètement, par suite d'une pénétration d'autant plus insuffisante d'air dans les poumons, que les amygdales palatines sont, nous l'avons dit, presque toujours hypertrophiées. — Aussi, malgré que l'enfant respire presque constamment la bouche ouverte, un volume d'air insuffisant pénètre dans sa poitrine : dans le jour, il a de la dyspnée au moindre effort; la nuit, il ronfle parce que l'air inspiré péniblement fait vibrer le voile du palais et la luette. — Dans le jour, la volonté intervient pour compenser par des mouvements respiratoires plus fréquents l'insuffisance du volume d'air apporté par chacun d'eux, mais, quand le sommeil est devenu profond, la respiration se ralentit; l'hématose étant imparfaite, la surcharge du sang en acide carbonique amène : chez les tout petits enfants, le bleuissement de la face, le refroidissement du corps, les sueurs froides; chez les enfants plus âgés, les symptômes nerveux : cauchemars, agitation, réveils en sur-

***

Qui ne connaît dans son entourage quelque fillette ou garçon, et même grande personne (je connais un homme marié, père de deux enfants) affecté de la désagréable manie de se ronger les ongles? Remontrances, conseils, promesses, menaces, plaisanteries, etc., employés pour déraciner cette mauvaise habitude, rien n'y fait. Il paraît même que la volonté du maniaque, ou du malade, si l'on veut, est impuissante à réprimer le mal; « qui a bu, boira », dit le proverbe; « qui s'est mangé les ongles, se les mangera », peut-on ajouter; et, ce qui est pire encore, c'est que le véritable amateur d'ongles, qui passe son temps à épier la croissance de ces appendices sur ses doigts, en arrive à regarder d'un œil d'envie les ongles de ses voisins... pour les manger! « Quand je vois de beaux ongles, me disait le père de famille ci-dessus mentionné, l'eau m'en vient à la bouche! » Aussi sa femme tient-elle les siens à distance; elle les conserve pour s'en servir sur la figure, mais non dans la bouche, de son mari.

Par contre, une jeune dame atteinte de la même manie a failli s'empoisonner... non, pas s'empoisonner, car elle ne s'était pas mordu la langue, — mais s'est rendue très malade après avoir avalé un trop gros morceau d'ongle. Vous savez que c'est très venimeux, les ongles, mais pas encore autant que la langue, dit-on. Bref, cette jeune dame vient un jour consulter son médecin pour une irritation constante qu'elle éprouvait dans la gorge. Deux semaines auparavant, elle avait été atteinte déjà d'un violent mal de gorge; l'inflammation avait rapidement cédé aux soins appropriés, mais cette sensation

saut avec *terreurs nocturnes*, quelquefois même l'incontinence d'urine, indice de l'action du sang anoxémié sur la moelle.

L'arrêt de développement du larynx fait que la voix mue tardivement et que la glotte trop petite pour la taille entrave encore la respiration; le sternum saillant, les parois latérales du thorax déprimées sont encore des caractères des individus qui ont eu dès l'enfance les voies aériennes obstruées. Lorsqu'on les ausculte, on constate souvent une faiblesse absolue du murmure respiratoire aux sommets des poumons. Presque toujours, d'ailleurs, quand les végétations naso-pharyngiennes sont développées, l'auscultation révèle un affaiblissement subit du murmure respiratoire quand le sujet qui respirait par la bouche se met à respirer par le nez. Cette particularité mérite d'être prise en considération quand on ausculte un jeune sujet dont l'apparence débile peut faire songer à un début de la tuberculose.

Des troubles respiratoires purement nerveux, comme la toux quinteuse et fréquente, sans bronchite, comme les accès de spasme glottique ne sont pas très rares chez les porteurs de végétations adénoïdes; ces névroses respiratoires sont attribuées par plusieurs auteurs à un état congestif de la muqueuse nasale. (Réflexes d'origine nasale.)

Outre que la voix est faible, de tonalité aiguë, ou bien sourde, étouffée, — voix morte (Mayer), — la *phonation* est entravée : les sons nasaux : on, in, ou, un, disparaissent ; l'M est prononcée B, et l'N prononcée D.

L'*odorat* est très imparfait; le *goût* affaibli, comme Chaussier l'avait déjà signalé, surtout par suite de la diminution de l'odorat et accessoirement par la dessication de la muqueuse de la bouche, constamment entr'ouverte.

Les troubles de l'*ouïe* doivent être comptés parmi les symptômes les plus fréquents et les plus révélateurs. Lœvenberg a montré que les tumeurs adénoïdes retentissent sur l'ouïe, d'une part en entretenant une irritation du pharynx qui se propage à l'oreille moyenne, et, d'autre part, en obstruant mécaniquement une trompe ou les deux. L'otite moyenne une fois établie peut aller, en s'accentuant, aboutissant à la sclérose du tympan, à l'ankylose des osselets ou à la suppuration. La surdité bilatérale survenant

---

d'irritation avait persisté. L'examen révéla la présence d'un petit corps carniforme, ayant à peu près la grosseur d'un grain de blé, adhérent par une de ses extrémités à la partie postérieure de l'amygdale gauche. Les autres parties de la gorge étaient normales. La petite grosseur ne put être détachée par une sonde recouverte de coton, mais elle fut facilement enlevée avec une pince, et on vit alors que c'était un morceau d'ongle recouvert d'un dépôt caséeux. Un autre morceau d'ongle fut également retiré au même point, sous la muqueuse, au moyen d'une sonde à bout aigu. La malade avoua alors qu'elle avait l'habitude de se manger les ongles, et, en outre, se rappela qu'un jour ou deux avant le début de son mal de gorge, un morceau d'ongle qu'elle avait rongé s'était perdu dans sa bouche, qu'il avait provoqué un accès de toux, mais qu'ensuite elle l'avait oublié jusqu'au moment où la découverte de ce fragment implanté dans sa gorge lui avait rafraichi la mémoire.

* *
*

Les fumeurs de haschisch nous avaient déshabitués depuis quelque temps de nous faire part de leurs impressions. Aussi est-ce avec empressement que nous enregistrons celles de M. A.-M. Fielde, de Swatow (Chine), qu'analyse la *Revue scientifique*.

En 1868, l'auteur habitait Siam, et, voyant l'usage de la drogue fort répandu autour de lui, se décida à en essayer à son tour. Il fuma donc des fleurs de Cannabis indica, dans une pipe et continua à fumer, malgré l'âcreté des vapeurs produites, jusqu'à ce qu'il se sentit un grand bien-être.

du fait des végétations adénoïdes pendant la première enfance peut faire un sourd-muet en empêchant le sujet d'apprendre à parler.

Parmi les *troubles nerveux*, le plus fréquent est une *céphalalgie*, surtout frontale, résultat de la congestion de la muqueuse nasale. La torpeur, l'inertie, l'*inaptitude au travail* sont encore des traits assez caractéristiques des individus atteints de volumineuses tumeurs adénoïdes. Toutefois Balme, qui a observé un grand nombre de cas de cette affection chez les enfants arriérés de la colonie de Vaucluse, pense que ces troubles cérébraux, comme les déformations de la face, sont moins la conséquence des végétations naso-pharyngiennes que de malformations crâniennes congénitales.

Ces *troubles du développement du squelette* portent surtout sur la face et le nez : voûte palatine ogivale, projection des dents, prognathisme apparent par suite du rétrécissement de l'arcade dentaire, *effacement des pommettes* par défaut de développement des sinus maxillaires, plis naso-géniens effacés, nez petit, étroit; cet ensemble de déformations, auquel s'ajoute l'ouverture presque constante de la bouche, a pour conséquence un *facies étonné, hébété,* stupide.

Les *déformations du thorax* (dépression latérale, projection en avant de la partie moyenne), poitrine en carène, de poulet, attribuées d'abord par Alph. Robert à l'hypertrophie des tonsilles, la seule connue alors, doit être beaucoup plutôt considérée comme liée à l'hypertrophie générale du tissu adénoïde pharyngo-buccal. M. Balme a noté, en outre, des attitudes vicieuses; les sujets se tiennent voûtés, ont une saillie d'une ou des deux épaules.

L'*état général* des individus atteints de tumeurs adénoïdes volumineuses est mauvais pour une double raison : s'ils ont cette prolifération du tissu adénoïde, c'est qu'ils sont extrêmement lymphatiques; aux entraves que subit leur développement du fait de leur anoxémie habituelle se joignent l'extrême facilité à contracter des affections aiguës de la gorge et des bronches et la difficulté à prendre un exercice capable d'activer la nutrition. Aussi ce sont des sujets pâles et chétifs, à chairs molles, suspects à bon droit d'être infectés plus aisément que d'autres par la tuberculose.

Il quitta alors la pipe. Au bout de quelques minutes, il se sentit se dédoubler. Il demeurait conscient de sa situation réelle, se sachant étendu dans une hutte, à dix heures du soir, ayant fumé du haschisch. Son *double* était dans un vaste édifice fait d'or et de pierreries, illuminé d'une lueur brillante à la fois et douce au regard, le tout d'une beauté qui passe l'imagination. Il se sentait une joie infinie et, du coup, se crut au ciel. Le dédoublement s'effaça tout à coup, puis reparut après quelques minutes. L'homme réel était pris dans tout le corps de spasmes musculaires de même rhythme que les cris de canards qui s'ébattaient sous la fenêtre. Le *double*, lui, était un instrument merveilleux qui produisait, sur un rhythme superbe, et avec des sons d'une ampleur inconnue, une musique extraordinaire. Puis le sommeil vint, et ce fut fini.

Quinze jours après, nouvelle expérience. Cette fois, le sommeil et le réveil alternèrent si rapidement, et avec une telle fréquence, qu'ils semblaient se confondre. Le *double* se sentait être une mer, fraîche et bondissante sous les caresses du vent, puis un continent, croyant vivre dans chaque brin d'herbe, se sentant croître avec une joie extatique. Puis le sommeil.

Un mois après, l'auteur recommence. Il fume une dose double, assis à sa table, le crayon à la main, pour noter ses impressions. Cette fois, il perd la notion du temps d'une façon incroyable. Il se lève pour aller fermer une porte; il lui paraît que cet acte dure des millions d'années; il va calmer un chien en colère, et, à son retour, il lui semble que des âges sans nombre se sont écoulés. Pourtant l'espace garde pour lui ses dimensions normales. Il éprouve une agitation tumultueuse des pensées, qui se pressent

D'après la répartition des végétations, Balme admet trois types : une forme *en masse*, une forme *disséminée*, et une forme *mixte* où il existe des végétations latérales en même temps qu'une tumeur de la voûte. Calmettes et Châtellier ont distingué une forme *auriculaire*, qui correspond surtout aux deux dernières formes de Balme.

HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE LINGUALE (4[e] amygdale).

Le développement anormal des follicules clos qui se trouvent à la base de la langue est de connaissance récente, et c'est M. Ruault, en France, qui nous en a le premier entretenus (1). Cette hypertrophie se montre tantôt sous forme de petits mamelons atteignant le volume d'une noisette, tantôt porte sur toute la région qui, étant saillante, peut repousser et gêner l'épiglotte. Elle peut exister seule ou compléter l'hypertrophie générale de l'anneau lymphoïde de la gorge.

Les symptômes dérivent de l'irritation mécanique exercée sur l'épiglotte par l'amygdale linguale démesurément grossie, irritation d'autant plus accentuée que le malade est plus impressionnable.

Le plus souvent, les malades accusent la sensation d'un corps étranger dans la gorge; ils le comparent à une boule, à un morceau de chair, à un cheveu ou à un fil. Cette sensation fait naître le besoin fréquent d'avaler à vide. La déglutition des aliments donne souvent un soulagement momentané.

La parole et le chant sont gênés; le malade éprouve une prompte fatigue, et sa voix perd de sa pureté et de son timbre.

Outre des douleurs irradiées vers les oreilles, dans le cou, entre les omoplates, dans le larynx et la trachée, il faut signaler particulièrement une toux spasmodique, violente, presque incessante, rebelle à tout traitement médical, pour laquelle surtout les malades consultent. A noter encore quelquefois des accès de dypsnée asthmatiforme.

(1) *France médicale*, 1888.

de telle façon qu'il les sait assez nombreuses pour remplir des livres sans fin. Il comprend tous les phénomènes de l'hypnotisme, de la clairvoyance, etc. Il est non plus *un*, ou *deux*, il est *plusieurs contemporains* vivant en des lieux divers, avec des occupations différentes. Il ne peut écrire l'idée d'un mot, celle-ci étant de suite chassée par une autre. Et ses pensées se suivent avec une rapidité prodigieuse. Les quelques mots qu'il a pu écrire ne signifient rien. L'auteur s'en est tenu là, en raison des inconvénients qu'aurait eus la prolongation de ses études *in anima humana*.

***

Un habitant riche de Berlin fait construire en ce moment, sur un terrain qu'il a acquis à cet effet, un bâtiment où les malades atteints de tuberculose seront soumis à un traitement spécial. Le rez-de-chaussée du bâtiment, qui aura la forme circulaire, se composera d'étables contenant des centaines de vaches. Les malades occuperont les étages supérieurs qui communiqueront avec le rez-de-chaussée, et le traitement consistera à faire respirer aux malades l'odeur des étables qui leur arrivera par des conduites d'air spéciales.

Ce mode de traitement, quoique en pense le riche Berlinois en question, n'est pas nouveau. J'ai été bercé avec cette idée que le séjour des poitrinaires dans les étables à vaches ou dans des chambres situées au-dessus, était un excellent mode de traitement de cette maladie. Mais qu'y a-t-il de vrai là-dedans, maintenant que l'on sait que la tuberculose est fréquente chez les bovidés? Qui vivra verra. SIMPLISSIME.

Il n'est pas rare que chez les sujets particulièrement nerveux, un état hystériforme ou hypochondriaque se développe.

L'examen au miroir laryngoscopique permet seul de faire le diagnostic de l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE.

L'originalité de la thèse de M. Balme consiste dans la manière dont il envisage les rapports entre les végétations adénoïdes, ou plutôt l'hypertrophie de tout l'appareil amygdalien avec les malformations de la face et du crâne. Tandis que les malformations de la face ont été considérées par la plupart des auteurs antérieurs comme la conséquence de l'étroitesse du naso-pharynx, M. Balme croit que diverses malformations congénitales du crâne et de la face, en produisant la sténose du nez, en ouvrant la bouche des sujets, rendent le tissu adénoïde bucco-pharyngé plus accessible aux agents extérieurs qui l'irritent et provoquent son hyperthrophie.

Balme a été amené à cette manière de voir par l'examen de 113 arriérés de la colonie de Vaucluse dont 56 (50 p. 100) présentaient, outre des déformations crâniennes, une inflammation chronique de l'anneau lymphatique de la gorge. On a souvent noté, d'ailleurs, l'hérédité des tumeurs adénoïdes et de l'hypertrophie amygdalienne. « Aussi croyons-nous, écrit M. Balme, que, dans un certain nombr de cas, l'hypertrophie de *famille,* qui se manifeste chez quelques-uns des enfants ou chez tous, est due non pas à une inflammation chronique héréditaire, à une tendance spéciale, à une aptitude transmissible par l'hérédité, mais à ce que les membres de la même famille sont nés avec une sténose congénitale du nez ou des fosses nasales, et que, dès leur plus bas âge, ils ont dû ouvrir la bouche pour respirer. L'influence du froid et des micro-organismes s'est fait alors sentir sur la partie la plus délicate du fond de la gorge, c'est-à-dire sur toutes les amygdales en général, véritables nids à microbes, de par leurs plis, leurs cryptes et les agrégats de leurs cryptes qui favorisent la fixation et la multiplication des micro-organismes.

« Dans ce cas particulier, sous l'action de l'air froid, des poussières et des germes en suspension dans l'atmosphère, la muqueuse qui tapisse l'amygdale palatine, par exemple, se dessèche et s'irrite, puis s'enflamme chroniquement au même titre que la muqueuse des cornets du nez s'enflamme et s'hypertrophie dans les villes où l'air est confiné et chargé de particules irritantes; — à l'hérédité des déformations faciales s'ajouterait l'action d'un agent inconnu, *mais probablement infectieux,* qui causerait par surcroît l'hypertrophie du tissu adénoïde. »

TRAITEMENT.

Notre intention n'est pas d'insister sur le traitement applicable à l'hypertrophie de l'appareil amygdalien. En grande partie chirurgical, il tend de plus en plus à devenir dans les grandes villes l'apanage des rhino-laryngologistes. Ce qui importe donc le plus souvent au médecin, c'est de faire le diagnostic le plus tôt possible, afin de requérir l'intervention du bras séculier de la chirurgie, s'il ne se sent pas en état d'opérer lui-même.

Il suffit de rappeler en quelques mots que, sans parler des modificateurs médicamenteux et hygiéniques du tempérament lymphatique (iode, arsenic, huile de foie de morue), on peut, suivant les cas : pour l'hypertrophie des amygdales palatines, recourir à l'*amygdalotomie* — on tend à la délais-

ser de plus en plus — mais surtout à l'*ignipuncture* avec le galvanocautère (plutôt qu'avec le thermo-cautère); pour les tumeurs adénoïdes, employer, dans les formes en masse, l'*extirpation* à l'aide de pinces à cuillers tranchantes (pince Lœwenberg-Woakes, modifiée par Ménière); — dans les formes disséminées, l'écrasement avec le doigt ou le raclage avec l'ongle; — dans les formes mixtes, on peut utiliser successivement les deux méthodes.

L'antisepsie est de rigueur dans toutes ces manœuvres. P. LE GENDRE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juillet 1888. — Présidence de M. E.-R. PERRIN, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* comprend, outre les journaux et revues, une circulaire invitant la Société à participer au Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui se tiendra à Paris en 1889; — le *Bulletin de la statistique médicale et démographique de Saint-Etienne*, n° de juillet; — le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Rio-Janeiro;* — les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, XXIV, 1887.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que l'un de ses membres correspondants les plus distingués, M. le docteur Camille Gros (d'Alger), vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur; — M. le docteur Berne, membre titulaire, a reçu les palmes d'officier d'Académie.

— M. POLAILLON communique à la Société les résultats de deux observations d'ovariotomie qu'il a eu occasion de pratiquer, et qui ont été suivies de guérison. Ce qu'il y a eu de remarquable chez ces deux malades, c'est que les kystes étaient suppurés, alors qu'aucun symptôme antérieur ne permettait de soupçonner l'existence du pus. Il a fallu pratiquer un lavage minutieux de la cavité abdominale avec de l'eau bouillie aiguisée d'acide phénique au 1/100e. A ce propos, M. Polaillon fait remarquer que, lorsque, dans le lavage de la cavité abdominale, le liquide reflue à la partie supérieure, sur le diaphragme et atteint le plexus solaire, il y a arrêt de la respiration; c'est un danger qu'il faut éviter avec le plus grand soin.

M. RICHELOT : Les faits rapportés par M. Polaillon ont un grand intérêt, parce qu'ils prouvent que l'existence du pus, dans les kystes de l'ovaire, ne peut pas toujours être diagnostiquée par avance. Il approuve M. Polaillon de n'avoir pas fait de ponction exploratrice; elle aurait eu, dans ces cas, le plus grave inconvénient. D'ailleurs ce n'eût été qu'un diagnostic de curiosité. Il ignorait les inconvénients possibles du lavage de l'abdomen; mais pourquoi M. Polaillon a-t-il cru devoir laisser le pédicule au dehors de la plaie?

M. DUROZIEZ : Si l'on se passe du lavage de la partie supérieure de la cavité de l'abdomen, n'est-il pas à craindre que l'antisepsie ne reste incomplète?

M. POLAILLON : Le pédicule du kyste était si court et si gros qu'il y aurait eu danger à le rentrer. Quant à l'inconvénient signalé par M. Duroziez, en fait il n'existe pas, puisque les liquides coulent toujours vers la partie inférieure du bassin.

— M. DUROZIEZ parle d'une jeune fille qu'il soigne et à laquelle il se propose d'appliquer le corset de Sayre pour une scoliose de deux vertèbres lombaires. Mais il éprouve les plus grandes difficultés : l'opération devant durer vingt minutes, et la jeune malade ne pouvant supporter pendant un temps aussi long la pendaison. Il n'est arrivé que graduellement à obtenir une certaine accoutumance; après dix-sept jours, il n'a obtenu encore que quinze minutes. L'application du corset de Sayre lui paraît donc une opération difficile et délicate.

— M. Wickham : A l'époque où j'étais l'interne de M. Duplay, j'ai eu occasion d'appliquer très fréquemment le corset de Sayre, il a toujours été appliqué extemporanément et sans accident d'aucune sorte.

M. Polaillon : Sur un individu atteint de fracture de la colonne vertébrale, je n'ai pu pratiquer la pendaison, parce qu'il tombait aussitôt en syncope.

M. Dubuc : Il se pourrait que la suspension fût mieux supportée dans les cas de scoliose simple que dans les cas de mal de Pott.

— M. Fraigniaud : Je viens d'observer une dame, âgée de 50 ans environ, qui souffre d'une accumulation de matières fécales dans le rectum. Plusieurs de nos collègues ont déjà signalé à la Société des faits analogues, et ont fait ressortir les difficultés du diagnostic et du traitement de cette singulière affection. La dame dont je parle, j'ai déjà dû l'opérer trois fois en deux ans; chaque fois, j'ai constaté chez elle l'existence d'une boule dure, arrondie, mobile, qu'il m'a été fort difficile de fixer, et que je n'ai pu extraire qu'en la fragmentant à l'aide d'une curette. Après la première opération, j'ai institué un traitement préventif : purgatifs répétés, alimentation appropriée, stimulants tels que teinture de noix vomique, rien n'a fait, et toujours se reproduit la même accumulation de matières fécales.

M. Duroziez : Dans l'observation que j'ai rapportée, la boule était mobile, et disparaissait sous le doigt; j'ai eu toutes les peines du monde à la saisir. Je me demande s'il ne se fait pas dans le rectum des poches, des arrière-cavités, des diverticulum, comme dans la vessie, dans lesquelles cette boule va se loger.

M. Dubuc : Je ne crois pas à l'existence de ces arrière-cavités. La boule, arrondie, comme une bille de billard, est mobile, et monte dans l'intestin.

M. Desnos : Chez une dame qui souffrait d'obstructions semblables, mais situées à un point plus élevé de l'intestin, le lavement électrique fait merveille. Plusieurs fois déjà, elle a été guérie par ce moyen, et a rendu une grande masse de matières fécales dures, marronées.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement de la kératite herpétique ulcérée. — Durruty.

Dès la formation des ulcérations herpétiques, surveiller attentivement toutes les sources d'infection dont l'œil et ses annexes peuvent être le siège, afin d'empêcher les ulcérations de se transformer en ulcères rongeants, et pratiquer une antisepsie rigoureuse. On se sert dans ce but, ou de la pommade à l'iodoforme, ou de la pommade à l'acide borique (acide borique 0 gr. 50, vaseline 10 gram.) ou de lotions à l'acide borique (acide borique 5 grammes, eau distillée 100 grammes), ou encore de l'iodoforme porphyrisé en insufflation. — Si la maladie traîne en longueur, et qu'il y ait lieu de combattre les exsudations qui envahissent plus ou moins les lames cornéennes, on peut faire usage d'une pommade employée dans la kératite phlycténulaire (oxyde jaune de mercure 0 gr. 05, vaseline 10 gram.). C'est à cette période aussi, que l'on obtient de bons effets des douches de vapeur d'eau, combinées aux divers médicaments antiseptiques (acide phénique 1 à 2 gram., eau distillée 100 grammes, ou bien acide borique 2 à 4 grammes, eau distillée 100 grammes.). En effet, la chaleur humide dilate les vaisseaux, et facilite l'absorption des exsudats. — Si malgré l'emploi de ces moyens, l'ulcération continue sa marche progressive, on en cautérise toute la surface avec une pointe de thermo-cautère chauffée à blanc. — Si enfin du pus a pénétré dans la chambre antérieure, on perfore la cornée avec la pointe du thermo-cautère, et on évacue le pus, dont on facilite la sortie ou au moins la désinfection, par les lavages au biiodure de mercure (1 gram. pour 2,000 gram.) préconisés par le professeur Panas. — N. G.

COURRIER

Samedi dernier le corps de santé militaire s'est réuni au cercle militaire pour offrir un punch d'honneur à M. l'inspecteur général Didiot, qui vient d'atteindre la limite d'âge. Cette réunion était présidée par notre éminent confrère, M. Maillot, l'ancien président du conseil de santé des armées. On a vivement applaudi à la récompense nationale qui lui a été accordée. Enfin, on célébrait la nomination de M. Colin au grade d'inspecteur général.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant l'année scolaire 1887-1888, 373 élèves ont été reçus docteurs en médecine. Ce chiffre se décompose ainsi :

Hommes : Français, 321 ; étrangers, 50.

Femmes : Française, 1 ; étrangère, 1.

10 Français ont été reçus officiers de santé.

A la fin de l'année scolaire, il restait 3,668 hommes en cours d'études.

Les étrangers appartiennent aux nationalités suivantes :

Allemagne, 4 ; Amérique, 131 ; Angleterre, 34 ; Australie, 1 ; Autriche, 4 ; Belgique, 4 ; Bulgarie, 3 ; Danemark, 1 ; Egypte, 9 ; Espagne et colonies, 41 ; Grèce, 19 ; Hollande, 4 ; Hongrie, 1 ; Italie, 8 ; Norwège, 1 ; Perse, 1 ; Portugal, 10 ; Roumanie, 60 ; Russie, 136 ; Serbie, 18 ; Suède, 1 ; Suisse, 18 ; Turquie, 56.

A la fin de cette même année scolaire, 114 femmes étaient en cours d'études :

Françaises, 12 (10 aspirantes au doctorat et 2 à l'officiat de santé) ; Américaine, 1 ; Anglaises 8 ; Autrichienne, 1 ; Grecque, 1 ; Russes, 90 (presque toutes Polonaises) ; Turque, 1.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri Gautiez, interne des hôpitaux de Paris, qui vient de succomber, dans sa vingt-huitième année, à une affection aiguë du poumon.

Suicide d'un chien. — M. B..., notaire à Vayres (Haute-Vienne), avait reçu de Limoges depuis un mois un chien Setter-Gardon, âgé d'environ deux ans. Un jour ce chien, qui était affecté d'une névrose convulsive à crises très rares, sortit seul de la maison et se rendit à deux kilomètres en suivant une route ; là il se jeta dans l'écluse d'un moulin. Le meunier voyant ce bel animal prêt à périr le retira de l'eau et le chassa, pensant qu'il reviendrait chez son maître. Mais il n'en fut point ainsi, car à deux cents mètres plus loin, le malheureux se noya dans un tout petit cours d'eau et fut trouvé le lendemain sous le pont. Lorsque le meunier nous eut raconté ce qui s'était passé nous n'hésitâmes pas à penser que le pauvre animal non seulement s'était suicidé, mais encore qu'il avait déployé dans l'accomplissement de cet acte une grande force de volonté. Doit-on attribuer sa funeste détermination au chagrin d'avoir quitté le lieu de sa naissance ou à une sorte d'impulsion irrésistible occasionnée par sa névrose ? On ne saurait le dire. (*Progrès médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 octobre 1888. — *Ordre du jour* : 1. M. Desnos : Phlegmon périprostatique. Foyer anormal de suppuration. — 2. M. de Moncorvo : Sur l'emploi clinique du strophantus. — 3. Communications diverses. — 4. Election du secrétaire annuel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LEVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur RICHELOT.

Kyste du vagin (1).

Nous avons dernièrement observé, à l'hôpital Tenon, un cas de kyste du vagin remarquable par sa forme, son volume et ses dimensions.

On sait que les kystes du vagin se divisent en superficiels et profonds. Les premiers, sessiles ou pédiculés, à parois minces, à contenu filant, varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette. En général multiples, ces kystes superficiels se rencontrent le plus souvent sur la paroi antérieure du vagin. Les kystes profonds situés sous la muqueuse, ordinairement uniques, atteignent des proportions plus considérables que les précédents. Il est rare, toutefois, que leur volume soit supérieur à celui d'un œuf de poule. Le cas dont nous allons rapporter l'histoire doit être rattaché à cette variété de kystes profonds.

Jeanne C..., âgée de 36 ans, sans profession, entre dans le service du docteur Richelot, le 2 mars 1888, pour une tumeur du vagin dont le début remonte à deux ans. Les rapports sexuels n'étaient pas d'abord impossibles. La tumeur proéminait à la vulve dans la station verticale et se réduisait spontanément dans le décubitus horizontal. Depuis l'apparition de cette tumeur, deux grossesses ont évolué. La première a débuté à l'époque de l'apparition de la tumeur, qui, d'abord du volume d'une noix, s'est rapidement accrue et a présenté son maximum vers la fin de cette grossesse. La tumeur n'était plus alors spontanément réductible, et la malade dut porter un pessaire. Après l'accouchement, la tumeur diminua de volume pour augmenter de nouveau pendant la seconde grossesse, dont le terme a eu lieu au mois de décembre dernier.

De plus en plus gênée par cette affection, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

La tumeur qui proémine à la vulve est piriforme, à grosse extrémité postérieure. Son grand axe, allongé d'avant en arrière et de haut en bas, mesure 12 à 14 centimètres; son petit axe transversal présente 4 à 5 centimètres. La partie postérieure de la tumeur est exulcérée. Sa surface est lisse, pâle, blanchâtre sur certains points et comme cutisée. Les plis de la muqueuse vaginale apparaissent au niveau de l'orifice vulvaire. Au premier abord, il semble que l'on ait affaire à un prolapsus du vagin ou à une inversion utérine.

(1) Communication faite à la Société de chirurgie dans la séance du 11 juillet 1888.

En introduisant le doigt entre la tumeur et les parois vaginales, on est brusquement arrêté, tout près de la vulve, en arrière, en avant et sur la paroi latérale gauche. On ne peut avancer qu'à droite; le col est rejeté de ce côté. L'utérus, en totalité, est porté à droite; mais sa direction générale est conservée. L'hystéromètre est facilement introduit dans la cavité utérine, qui mesure 7 centimètres.

La tumeur est élastique et fluctuante. La ponction capillaire ramène un liquide filant, visqueux et très peu trouble.

Un doigt introduit dans le rectum sent l'extrémité d'une sonde placée dans la vessie. Ce fait est dû au transport de l'utérus vers la droite. La sonde ne pénètre point dans la tumeur. La vessie est évacuée sans que celle-ci présente aucune modification. Pas de trace de cystocèle, pas de rectocèle.

Ce kyste est réductible par la pression, en totalité, dans le vagin. Une fois réduit, il remplit le cul-de-sac latéral gauche et occupe, en outre, les parois antérieure, postérieure et latérale de ce côté. Il sort dès que la malade se lève.

En résumé, nous avons affaire à un gros kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.

M. Richelot pratique l'opération le 9 mars. Une incision est faite suivant le grand axe du kyste. Celui-ci est ouvert. Sa paroi, épaisse de 3 à 4 millimètres à la partie supérieure, de 5 à 6 à la partie inférieure, est séparée de la muqueuse vaginale. Cette dissection est très difficile, à cause de l'adhérence intime que présente la paroi avec la muqueuse. La cavité du kyste présente, de distance en distance, quelques étranglements peu accusés. De là une tendance à la multilocularité. Le kyste étant enlevé, une partie de la muqueuse qui le recouvrait est excisée Drainage, sutures au catgut, tampons iodoformés dans le vagin.

La cicatrisation marche très rapidement; mais, après la guérison du kyste, la paroi vaginale anciennement distendue forme encore un prolapsus assez considérable. M. Richelot pratique, le 17 avril, une colpopérinéorrhaphie qui, rétrécissant l'orifice de la vulve et diminuant la cavité du vagin, rend à ces organes leurs dimensions normales.

L'examen histologique, pratiqué par M. Buscarlet, interne du service, permet de constater que la paroi du kyste présente deux couches :

1° La plus considérable, externe, est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux, par des fibres élastiques et par quelques fibres musculaires lisses.

2° La couche interne est formée par un épithélium cylindrique, à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre. Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche, qui présente, de distance en distance, des dépressions anfractueuses.

La nature de cet épithélium permet-elle de donner une explication suffisante de la nature et du développement de ce kyste, sujet sur lequel les auteurs ont émis des opinions bien différentes?

M. Verneuil admet que les kystes profonds du vagin ont une formation analogue à celle des bourses séreuses accidentelles. Mais, s'il en était ainsi, ne trouverait-on pas toujours un épithélium pavimenteux sur la paroi du kyste?

Pour d'autres auteurs, et Virchow est de ce nombre, ces kystes auraient une origine glandulaire, opinion inadmisssible, puisque la muqueuse vaginale ne présente point de glandes dans sa structure.

Winckel rapporte leur origine à des collections sanguines, à des hématomes développés dans les parois vaginales et devenus kystiques. Ni le contenu, ni la structure de la paroi des kystes du vagin ne donne raison à cette théorie.

Nous trouvons enfin une opinion, la plus vraisemblable, qui admet que les kystes profonds du vagin se développent aux dépens des canaux de Gartner, restes du canal de Wolf, et qui peuvent, dans quelques circonstances, persister jusqu'à l'âge adulte de la femme. L'existence de l'épithélium cylindrique donne une grande valeur à cette opinion. On pourrait encore admettre que ces kystes ont un développement analogue à celui des kystes de l'ovaire, c'est-à-dire qu'ils se produisent par invagination de quelques cellules épithéliales dans les parois mêmes des tubes de Gartner. De là, dans certains cas, une tendance à la multilocularité que nous avons signalée, et qui se trouve également rapportée dans une observation de Kaltenbach.

CORRESPONDANCE

A propos du traitement abortif de la syphilis

Paris, le 2 octobre 1888.

Mon cher rédacteur en chef,

Je lis dans le nº 120 de l'*Union médicale*, à l'article Revue des journaux, une note empruntée à la pratique du docteur Mannino, sur le traitement abortif de la syphilis par la cautérisation du chancre induré avec le thermo-cautère.

Sans vouloir mettre en doute les bons effets de la cautérisation du chancre au début, pas plus que ceux de l'extirpation, je ne saurais trop engager mes confrères à se méfier de ces prétendues cures abortives.

J'ai par devers moi plusieurs faits cliniques qui viennent leur donner le plus formel démenti; entre autres, l'observation d'un malade qui, atteint d'un chancre syphilitique traité au début par une cautérisation énergique, ne fut soumis à aucun traitement spécifique.

A cinq ans d'échéance, je soignais ce malade d'un testicule syphilitique et d'une gomme volumineuse ulcérée de la jambe. Ces accidents disparurent fort heureusement après quelques semaines de traitement par le mercure et l'iodure de potassium à haute dose, 4 grammes par jour et d'emblée.

Toutefois, ne croyant pas ce malade à l'abri d'accidents consécutifs, je l'ai soumis encore pendant deux années à un traitement mixte, alternant l'usage du mercure avec celui de l'iodure de potassium.

Recevez, etc. Dr Ad. Tissier.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Contribution à l'étude du goitre congénital. Note anatomique du docteur Iginio Tansini, directeur et premier chirurgien de l'hôpital de Lodi, etc. (In *Gazetta medica Ital.-Lomb.*, nº 34.) — Sans être très rares, les observations de goitre congénital ne se

rencontrent pas communément, et il en existe peu qui aient été suivies d'un examen histologique complet. L'auteur a étudié spécialement ces tumeurs dans un pays où elles sont endémiques et où non seulement l'homme en est affecté, mais aussi les animaux domestiques, tels que chien, cheval, mouton, chèvre, etc.; il a limité ses examens aux goitres fœtaux.

Le plus gros goître congénital connu est rapporté par Mondini. Le fœtus avait huit mois et portait une volumineuse tumeur qui partait dessous le menton et descendait jusqu'au sternum; elle était composée d'un kyste à parois épaisses et de nombreux vaisseaux tortueux et dilatés.

Un autre goître vraiment colossal a été vu par Demme; il appartenait à un fœtus pesant 3 kilogrammes, mort trente-six heures après sa naissance par asphyxie; la tumeur pesait 102 grammes.

Friedreich, Boucher, Bednar, Hubbauer, Loehlein, Adelmann, Danyau, etc., etc., ont décrit dans des travaux spéciaux un certain nombre de faits semblables à celui du docteur Tansini. Le fœtus italien qui portait ce développement anormal de la thyroïde avait six mois de vie intra-utérine; la tumeur avait le volume de la tête du petit sujet; elle était constituée par une substance parenchymateuse interrompue de distance en distance par des petites lacunes de dimensions variées recouverte d'une capsule fibreuse épaisse et résistante et très facilement détachable des téguments voisins.

On enleva quelques parties de cette tumeur qui furent colorées au carmin et examinées ensuite avec un faible grossissement de 50 à 60 diamètres, ce qui permit de constater à la périphérie de la tumeur une grosse capsule de laquelle partaient en s'irradiant de nombreux trabécules ramifiés dans l'épaisseur de la tumeur. On voit dans celle-ci un grand nombre de vastes cavités tapissées d'épithélium; quelques-unes de ces cavités sont allongées et comme tubulées; leur contenu est représenté par une matière colloïde finement granulée avec un certain nombre de leucocytes et avec des cellules [épithéliales desquamées et en voie de destruction. Parmi les cavités de la paroi plus profonde de la tumeur se trouvent divers ilôts de tissu cartilagineux et des faisceaux de fibres musculaires striées. Entre les cavités et les kystes les plus superficiels, on trouve quelques amas de tissu muqueux, enfin on y rencontre en petit nombre des vaisseaux sanguins de volume assez considérable. Avec un fort grossissement, on voit nettement que les parois des diverses cavités sont tapissées d'épithélium cylindrique. L'enveloppe est constituée par du tissu conjonctif fibrillaire riche en éléments cellulaires. La tumeur est donc un kyste-adénome papillifère congénital avec foyers circonscrits de tissu cartilagineux, muqueux et musculaire strié.

Etude sur les endémies de crétinisme et de goître. Rome 1887. (In *Gazzetta Italiana-Lombardia*, n° 36). — La direction générale de la statistique du royaume italien a fait consciencieusement son devoir en publiant l'état actuel et le nombre des malheureux affectés de ces tristes infirmités.

Le Piémont, la Lombardie, la Vénétie et bien d'autres régions encore, mais à un degré moindre, nous montrent le nombre des crétins et des goîtreux en augmentation sur la statistique précédente. L'enquête officielle a prescrit aux autorités dans le pays desquelles le crétinisme et le goître sont endémiques :

1° De soumettre les eaux potables à une analyse chimique et microscopique dans le but de rechercher si ces eaux n'offrent pas des traces d'iode, ou si l'élément calcaire et magnésien prédomine ou encore si ces mêmes eaux ne contiennent pas des traces de ces petits organismes indiqués par le professeur Klebs (de Prague) et rencontrés par le professeur L. Maggi dans les eaux de Brembo.

2° De faire les mêmes analyses pour les terrains des principaux centres, foyers de crétinisme endémique, afin de savoir si l'on n'y rencontre pas ces éléments dits miasmes crétiniques, trouvés par un grand nombre d'auteurs et aussi par la commission lombarde.

3° D'étudier la valeur du remède proposé par la commission, qui consiste à mélanger au sel de cuisine quelques parcelles d'iode.

Enfin, la commission donne la plus large place à l'hygiène publique intelligemment

appliquée dans ses grandes lignes ; ouverture de larges voies; endiguement des fleuves; aménagement et bonification des terrains palustres; relèvement du commerce et, comme conséquences, bien-être du travailleur; facilité des communications, etc., etc., tels sont les moyens généraux que l'avenir se chargera, espérons-le, d'appliquer cette fois, car ils ne sont qu'une dernière édition des vœux que, depuis plus d'un siècle, toutes les commissions qui se sont succédé ont invariablement émis dans des réunions semblables.

L'asepsie dans le service pharmaceutique, par Silvio Plevani pharmacien en chef, et le docteur Pietro Ferrari, chirurgien des hôpitaux Fatebene-Fratelli (de Milan). (In *Gazzetta degli ospitali*, n°s 66, 67, 68, 69.) — Maintenant que l'on connait en grande partie les ennemis microscopiques qui engendrent nos maladies et sont les causes de tous les accidents du domaine médico-chirurgical, il fallait logiquement exercer une surveillance antiseptique non seulement dans le milieu dans lequel vit le malade, mais aussi dans l'officine du pharmacien qui prépare les agents de sa guérison et sur ces derniers également. C'est le but que MM. Plevani et Ferrari se sont proposé. Ils ont recherché avec le plus grand soin :

1° Comment les maladies peuvent se transmettre par la souillure des médicaments dans les salles des hôpitaux par les poussières atmosphériques;

2° Par l'altération que les bouteilles et aussi les médicaments peuvent subir, et aussi par les micro-organismes que ces derniers renferment parfois;

3° Quel est l'état aseptique et antiseptique des pansements chirurgicaux;

4° Quels moyens peuvent être employés pour parer à ces très graves inconvénients.

Ce travail était attendu; c'est le corollaire et le complément de la méthode antiseptique..... Après toutes les précautions prises par le médecin, le pharmacien, l'infirmier, l'architecte, le législateur,.., s'il reste encore des vibrions ou des bactéries, c'est à renoncer à l'exercice de l'art de guérir...

Un second cas de pouls sous-unguéal veineux capillaire, par M. le docteur Mario Sacchi, premier assistant et lib. docent à la Clinique de Pérouse, dirigée par M. le professeur Grocco. (In *Riforma medica*, septembre, n° 224.) — Le pouls capillaire sous-unguéal par reflux du sang veineux a été étudié pour la première fois par M. le professeur Grocco, et décrit à Pavie en 1885. (*Gazz. med. ital. lombard.*, 1885.) Quincke, Ruault, Dauchez, Hueter et Sénator, etc., ont fait depuis des descriptions de ce singulier phénomène. D'après l'observation de cet étrange syndrome, il convient désormais de l'appeler pouls artérioso-capillaire ou veinoso-capillaire. Les observations de cette anomalie circulatoire sont rares; un fait a été publié par Grocco il y a quelques années; un second est l'objet de l'article de notre confrère dans la *Riforma*.

Il s'agit d'une femme de 60 ans (de Pérouse) qui entre à l'hôpital pour une anasarque. Aspect de la cyanose généralisée, basse température, pouls très fréquent et irrégulier, souffle au premier temps au niveau de la tricuspide, souffle systolique âpre et prolongé à la pointe et tous les autres phénomènes généraux de l'affection, diminution de l'urine et de sa densité..... Traitement par la digitale et la spartéine, inhalations d'oxygène contre la dyspepsie; bref, guérison apparente après deux mois de traitement. Récidive quelques mois après avec aggravation; c'est alors que l'on constate le pouls sous-unguéal dans une petite zone rougeâtre en soulevant légèrement l'ongle. Le pouls disparait si l'on comprime isolément l'artère radiale et cubitale; le pouls sous-unguéal ne se ralentit pas. Si on comprime l'avant-bras au niveau de l'articulation radio-carpienne, le pouls disparait presque complètement. Il est manifeste que ce battement est dû au reflux systolique du sang dans les veines qui cause l'insuffisance relative de la tricuspide. — Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

La correspondance comprend une lettre de M. Léon Tripier posant sa candidature au titre de membre correspondant national.

M. Nicaise : A propos de la dernière communication de M. Desprès sur la suture à distance, je rappellerai qu'en 1882 j'ai présenté ici, au nom de M. le docteur Decès (de Reims), un procédé de suture analogue, qu'il avait appelé suture médiate.

M. Desprès : Le procédé de M. Decès consiste à suturer sans passer les fils dans les lèvres de la plaie, mais à son voisinage. C'est bien une suture médiate, mais non une suture à distance.

M. Tillaux : Voici six gros calculs, sur sept que j'ai extraits, il y a quelques mois, d'une même vessie. Le ballon de Pétersen m'a rendu là un grand service. Ce n'est pas parce qu'un moyen présente quelques inconvénients qu'il faut le rejeter. Ce ballon est précieux, surtout dans trois cas : 1° quand la paroi abdominale est très épaisse, comme chez mon malade; 2° quand la vessie a des parois rétractées et ne peut être distendue par injection; 3° quand on veut faire le catéthérisme rétrograde, puisqu'en pareil cas il est impossible, non seulement d'introduire du liquide, mais même un cathéter. C'est plus en rapprochant la vessie de la paroi abdominale qu'en relevant le cul-de-sac péritonéal que le ballon contribue au succès.

M. Desprès : Ne l'oublions pas, c'est la Société de chirurgie qui a remis la taille hypogastrique en honneur. De 1873 à 1875, Giraldès n'a cessé de répéter que de toutes les tailles, c'était la moins meurtrière. Vers 1875, j'ai présenté deux observations du docteur Devers qui, quelques années auparavant, avait ainsi opéré deux enfants pour de gros calculs sans l'aide de ballon, ni de rien de semblable. Il s'était contenté de faire saillir les calculs à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Quand un chirurgien moins expérimenté que vous a pu réussir cette opération aussi simplement, pourquoi compliquer l'appareil instrumental, surtout quand vous voyez que ce n'est pas sans inconvénients?

M. Quénu : J'ai pratiqué la taille chez un enfant pour un calcul, et l'opération a été très facile grâce au ballon. Chez un adulte, je l'ai faite pour remédier à de graves hématuries; j'ai pu reconnaître qu'elles étaient dues à une petite production polypeuse de la paroi postérieure de la vessie. Le ballon m'a permis de la voir et de l'enlever sans avoir recours à un éclairage spécial. Dans ce cas, j'y avais injecté 350 grammes; j'aurais pu en injecter davantage, car ce malade avait une ampoule rectale très grande. On ne peut donner un chiffre précis pour la quantité d'eau à employer, à cause des différences de capacité rectale.

M. Périer : J'ai fait le catéthérisme rétrogarde avec et sans ballon; dans le premier cas, il est bien plus facile. Dans le fait que nous a rapporté M. Nicaise, quelle était la capacité du ballon?

M. Nicaise : Au moins 500 grammes.

M. Périer : C'est important à spécifier; car, quand on est obligé de lutter contre l'élasticité du caoutchouc, on ne peut plus apprécier la pression qu'on exerce contre les parois rectales.

— M. Terrillon lit un rapport sur une observation de tétanos céphalique adressée par M. le docteur Charvot. Il s'agissait d'une plaie contuse par coup de pied de cheval à la région malaire droite. Le septième jour, on constata une paralysie faciale du même côté; le huitième, des spasmes de la face et du trismus; il se fit une généralisation des accidents au cou et à l'abdomen, et le malade mourut d'asphyxie le quatrième jour après le début des accidents. Cette observation a la plus grande analogie avec celle que j'ai publiée avec M. Schwartz en 1887, sauf que dans notre cas la mort n'est survenue que le dix-neuvième jour, et après une moindre généralisation. Cette forme céphalique survient à la suite de plaies dans la zone de distribution du nerf trijumeau; le début par la paralysie faciale est caractéristique; le pronostic est très grave. On a parfois appelé cette forme hydrophobique à cause des accidents pharyngiens. M. Charvot a fait, mais sans succès, la résection du nerf sous-orbitaire le troisième jour des accidents. La théorie de l'origine équine du tétanos, défendue par M. Verneuil, trouve ici une preuve. Le cas auquel j'ai fait allusion, était consécutif à une chute de cheval.

M. Verneuil : Il faut encore remarquer ici que les accidents ont d'abord été localisés à la moitié de la face. C'est à rapprocher des expériences d'inoculation de M. Nocard qui a pu produire du tétanos en série aussi longtemps qu'il l'a voulu. Faisant ses inoculations au flanc, il a constaté que le tétanos débutait toujours par du pleurosthotonos.

M. Tillaux : La forme céphalique hydrophobique est rare, j'en ai observé un cas, il y a quinze jours, simulant un cas de rage. Il était consécutif à une blessure du membre supérieur.

M. Verneuil : Il vaudrait mieux dire pharyngien que hydrophobique. Dans un cas pour parer aux accidents de dyspnée, j'ai fait la trachéotomie et le malade a guéri. Dans ce cas, je dois le dire, il n'y avait pas d'élévation de température.

M. Després : Marshall-Hall a fait la même opération.

M. Reclus : Je viens d'en observer un cas à l'hôpital Tenon dans une salle soigneusement désinfectée; c'est dans la même salle que M. Richelot a vu les deux cas qu'il a signalés à l'Académie de médecine. Pendant sept jours, mon opérée allait très bien et n'avait que 37°5; puis elle a présenté un peu de trismus et des troubles pharyngiens, et elle est morte en seize heures; ce n'est qu'au moment de la mort que l'on a observé une ascension brusque de la température.

M. Tillaux : Dans le cas que j'ai cité, l'expression d'hydrophobique était très exacte; le malade avait horreur des liquides et ressemblait parfaitement aux enragés qui viennent mourir dans mon service.

M. Berger : Il ne faut pas confondre la forme hydrophobique à symptômes pharyngiens, avec la forme céphalique.

M. Terrillon : Cette distinction est formelle; la forme céphalique, dont j'ai donné tout à l'heure la caractéristique, est susceptible de se généraliser et de devenir hydrophobique; mais c'est bien une forme spéciale ayant une gravité toute particulière.

— M. Berger : *De la conduite à tenir vis-à-vis des projectiles de petit calibre logés dans les cavités de l'oreille.* — L'année dernière, j'en ai vu deux exemples; j'ai fait l'extraction et la guérison en a été le résultat. Nous sommes d'accord sur ce qu'il ne faut pas habituellement rechercher les projectiles de petit calibre, car, très souvent, ils s'enkystent; mais, dans l'oreille, la suppuration est presque fatale, ayant comme conséquences la nécrose du rocher, des hémorrhagies mortelles, de la méningite, des abcès du cerveau. L'appareil de M. Trouvé est merveilleux pour reconnaître l'existence, la direction du projectile et pour guider l'opérateur pendant l'extraction; il ne faut pas du tout compter sur l'éclairage. Pour me frayer une voie, j'ai eu recours au décollement du pavillon de l'oreille, puis à l'incision des parties molles du conduit auditif sur sa paroi postérieure, et même une fois à la gouge et au maillet pour enlever la partie antérieure de l'apophyse mastoïde. Une fois, j'ai mobilisé le projectile à l'aide d'une spatule et l'ai retiré; mais, dans l'autre cas, j'aurais dû exercer des pressions trop énergiques. Alors, à l'aide de petites curettes très tranchantes, j'ai évidé la balle et l'ai enlevée copeau par copeau. L'extraction une fois faite, le pavillon suturé, j'ai tamponné la cavité de l'oreille avec de la gaze iodoformée. Les suites ont été des plus simples : ni fièvre, ni douleurs; une fois seulement une légère suppuration.

Dans le second des deux cas, j'ai pu constater de la paralysie gustative de la moitié antérieure de la langue par lésion de la corde du tympan, et aussi une paralysie transitoire de la face due certainement à de la compression du nerf facial.

M. Terrillon : J'ai observé avec M. Terrier un fait presque identique. Ce n'est qu'au bout de trois mois et demi à quatre mois que le malade est venu se faire opérer, parce que, depuis quelques jours, il avait des troubles cérébraux tels que vertiges, vomissements, etc. L'appareil Trouvé seul nous a permis de reconnaître le projectile. Pour attaquer l'apophyse mastoïde, nous avons appliqué une couronne de trépan. La guérison a été complète, sauf, bien entendu, la surdité.

M. Després : Ces faits sont intéressants, mais de vieux principes disent qu'il ne faut

pas toucher aux projectiles en l'absence d'accidents. J'ai vu trois faits analogues. Dans le premier, il s'agissait d'une balle de 9 millimètres tirée dans le conduit auditif; la mort survint le sixième jour; la balle avait probablement pénétré dans le crâne. Dans le second, la direction du trajet indiquait que la balle devait être dans les cellules mastoïdiennes; je n'y touchai pas, et le malade guérit sous les cataplasmes. Dans le troisième, la paroi postérieure du conduit auditif était intéressée, et il y avait une paralysie faciale incomplète; je ne fis qu'une exploration toute superficielle et le malade guérit en huit jours sans suppuration; la paralysie ne persista même qu'à la commissure des lèvres. Dans ces cas, j'ai bien fait de m'abstenir. Il faudrait intervenir si l'on avait des signes de nécrose du rocher, mais je ne suis pas partisan de l'intervention d'emblée.

M. Berger : Je ne trouve pas les faits de M. Desprès bien probants. Le premier est une plaie pénétrante du crâne et sort de la question. Dans le second, il croit que la balle est dans les cellules mastoïdiennes; mais n'a-t-elle pu glisser dans les muscles voisins ou vers le pharynx? Le troisième semble plus concluant, et il prouverait qu'on peut guérir avec une balle dans le rocher. Mais comme, en pareil cas, nous trouvons de très nombreux cas de mort, cela ne doit pas faire rejeter une intervention opératoire qui n'amène pas de délabrement et qui laisse à peine de traces visibles.

— M. Nicaise lit une observation de corps étranger de la vessie. Il s'agit d'un homme de 65 ans qui s'était introduit dans l'urèthre une canule d'irrigateur Eguisier. Le corps étranger ayant été reconnu, M. Nicaise réussit à le saisir avec le redresseur de Collin et, s'aidant du toucher rectal, à l'amener au dehors par les voies naturelles. Le corps étranger ayant 8 millimètres de diamètre et l'instrument 4, c'est donc un corps de 12 millimètres qui a pu franchir l'urèthre, qui, il faut le dire, était remarquablement large. Les suites furent heureuses; il se déclara une uréthrite légère avec congestion de l'épididyme pendant quatre ou cinq jours. Après l'opération, du sulfate de quinine ayant été administré aux doses de 1 gr. 50, 2 gr. et 2 gr. 50, le malade eut une éruption prurigineuse, papuleuse d'abord, puis sous forme d'un érythème généralisé suivi de desquamation. Cet homme avait déjà présenté les mêmes accidents, quand il travaillait dans une fabrique de sulfate de quinine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *La pleurésie hémorrhagique primitive. — Les folliculites décalvantes. — Traitement des kystes hydatiques du foie. — L'huile d'olives à hautes doses dans la lithiase biliaire.*

M. Troisier rappelle qu'en dehors des pleurésies hémorrhagiques symptomatiques, il en existe une variété où l'exsudat est d'emblée sanguinolent par suite de l'intensité dn processus inflammatoire. Cette pleurésie hémorrhagique primitive fibrineuse a été étudiée avec soin il y a une douzaine d'années par M. R. Moutard-Martin.

La pleurésie hémorrhagique peut encore résulter de la rupture des vaisseaux qui se trouvent dans des néo-membranes (hématome de la plèvre). Cette distinction avait déjà été posée par Laënnec.

La pleurésie hémorrhagique fibrineuse primitive est susceptible d'une guérison rapide après une seule ponction, ainsi que le prouve l'observation, recueillie par M. Troisier, d'un homme de 24 ans qui fut pris brusquement d'une pleurésie droite, avec symptômes généraux d'infection : hyperthermie, adynamie, albuminurie, sueurs abondantes et extrême dyspnée. La thoracentèse enleva un litre d'épanchement sanguinolent riche en fibrine. Trois semaines après, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis deux ans et demi. Cette dernière particularité peut faire penser que la tuberculose n'était pas la cause de cette pleurésie.

— M. Féréol cite une observation dans laquelle, au cours d'une cirrhose avec ascite, survint une pleurésie gauche hémorrhagique. Le liquide était rouge, mais on n'y trouva

pas d'hématies. Après deux ponctions, l'épanchement ne se reproduisit plus. Le malade a d'ailleurs guéri de sa cirrhose, car, depuis trois ans, il vit encore, tout cachectisé qu'il est. Comment expliquer cette pleurésie gauche hémorrhagique post-ascitique? Peut-être par des troubles circulatoires collatéraux des veines du thorax.

M. TROISIER pense que c'était une pleurésie néo-membraneuse; M. R. Moutard-Martin a décrit plusieurs cas de pleurésie hémorrhagique au cours d'ascites.

M. FÉRÉOL admet plutôt qu'il s'agissait d'hémothorax.

M. R. MOUTARD-MARTIN n'a jamais pu trouver d'autopsie de pleurésie fibrineuse hémorrhagique. Les malades guérissent probablement toujours. Il est donc difficile de rien affirmer au point de vue anatomo-pathologique dans ces cas.

— M. BROCQ signale un groupe d'états dermopathiques qui ont pour trait commun une alopécie irrémédiable et rapide.

Le processus comprend : 1° une inflammation folliculaire et périfolliculaire ; 2° la destruction de la papille, qui explique l'alopécie ; 3° la formation d'un tissu d'apparence cicatricielle ; 4° la tendance des lésions à se grouper systématiquement.

Trois variétés cliniques se dégagent :

1° La *pseudo-pelade*, décrite en 1885 par M. Brocq ; l'inflammation folliculaire et périfolliculaire est modérée; rougeur, simple tuméfaction du cuir chevelu, qui, après l'alopécie, est d'un blanc mat ; l'apparence cicatricielle est nulle ou à peine marquée.

2° L'affection décrite par M. Quinquaud, où des folliculites distinctes, mais discrètes, laissent une cicatrice lisse et souple.

3° Le *sycosis lupoïde*; les groupes de follicules enflammés forment une masse d'abord rouge, puis pustuleuse, croûteuse et squameuse; la lésion s'étend à la périphérie laissant au centre un tissu cicatriciel assez irrégulier et induré, revêtant quelquefois même l'aspect d'une kéloïde.

On appelle en France, et notamment à l'hôpital Saint-Louis, acné kéloïdienne ou sycosis kéloïdien de la nuque un état pathologique qui se rattache peut-être à ce groupe.

— M. DEBOVE estime que, malgré les progrès de l'antisepsie qui rendent la laparotomie relativement peu dangereuse, la ponction simple ou suivie d'injection est préférable dans l'immense majorité des cas de kystes hydatiques. M. Debove cite deux cas récents où la guérison a été obtenue par l'évacuatiou du liquide kystique suivie d'injection dans la poche de liqueur de van Swieten ou de solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100 qui était retirée au bout de quelques minutes. Dans un des cas, un érysipèle qui eut lieu deux jours après la ponction et éleva la température à 39 degrés et 40°5, a pu contribuer à tuer définitivement les hydatides.

M. Debove préfère le sublimé comme liquide d'injection; le liquide kystique ayant été évacué complètement par la ponction aspiratrice, on injecte 100 grammes de liqueur de Van Swieten (moins dans les petits kystes) et on retire celle-ci au bout de dix minutes.

A l'appui de l'action efficace du sublimé, M. Debove cite un cas grave de M. Mesnard (de Bordeaux), des cas de A. Sennett (*Lancet*, 1887), de Baccelli (*Riforma medica*, 1887) et de Dujardin-Beaumetz. Dans presque tous ces cas, il a suffi de retirer, avec une seringue de Pravaz, une petite quantité de liquide kystique qu'on remplaçait par la même quantité de solution de sublimé, qui agit alors d'une façon presque spécifique. Mais M. Debove préfère, à cette méthode de ponctions capillaires qui lui paraissent toujours dangereuses, la ponction évacuatrice qui permet, après avoir entraîné une partie des hydatides, de tuer les autres par l'injection de sublimé.

M. TROISIER cite un cas de guérison par une ponction simple qui se maintient depuis deux ans.

M. GÉRIN-ROSE en cite un où la guérison dure depuis douze ans. Il ne redoute pas, comme M. Debove, les ponctions exploratrices quand elles sont faites avec les précautions voulues.

M. DEBOVE maintient que la ponction exploratrice expose à la péritonite par suite du passage d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine.

M. Siredey a vu un cas de ce genre avec M. Moissenet.

M. Cadet de Gassicourt pense qu'on doit employer un trocart ou une aiguille d'un diamètre suffisant pour permettre de transformer immédiatement la ponction exploratrice en ponction évacuatrice.

— M. Chauffard rappelle que le docteur Just Touatre (de la Nouvelle-Orléans) annonçait il y a un an qu'on peut guérir une colique hépatique de la façon suivante : prendre en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, 400 grammes d'huile d'olives pure, se coucher trois heures sur le côté droit; dix heures après, les calculs sont évacués.

Avec M. Dupré, son interne, M. Chauffard a expérimenté ce traitement sur quelques femmes arthritiques, obèses et calculeuses, de 45 à 60 ans. Ils ont toujours constaté l'amélioration des symptômes, un certain soulagement et l'évacuation, au bout de sept à huit heures, de concrétions nombreuses verdâtres, demi-solides, d'un volume variant entre une tête d'épingle et une noix. Mais ces corps ne sont pas des calculs biliaires, comme l'ont pensé les premiers observateurs. M. Villejean, professeur agrégé, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, a prouvé par l'analyse chimique qu'ils renfermaient très peu de cholestérine, et se composaient surtout de graisses neutres et d'acides gras libres. D'ailleurs, un calcul de cholestérine, plongé dans l'huile d'olives, n'y subit point d'altération; il ne faut donc pas admettre que l'huile d'olives ingérée puisse aller dissoudre les calculs dans les voies biliaires.

Par des expériences sur les animaux, MM. Chauffard et Dupré ont vu que l'huile introduite dans l'estomac se retrouve dans l'estomac et l'intestin, mais ne remonte jamais au delà de l'ampoule de Vater dans les voies biliaires pour y produire, comme on l'avait pensé, le ramollissement, l'élongation et l'expulsion des calculs.

Sur le cadavre, quand on injecte dans le duodénum entre deux ligatures de l'huile d'olives, que la vésicule soit vide ou à demi-pleine, jamais on ne voit l'huile monter dans les voies biliaires.

Il faut donc renoncer à l'hypothèse émise par M. Touatre, d'après laquelle l'huile s'élèverait par capillarité le long des voies biliaires comme dans une mèche.

Et cependant le procédé thérapeutique est efficace cliniquement.

Dans une des observations recueillies par M. Chauffard, parmi les concrétions pseudocalculeuses se trouvaient de vrais calculs de cholestérine. Mais c'était probablement une simple coïncidence, la purgation huileuse ayant entraîné des calculs en imminence d'expulsion. Cette énorme quantité d'huile est, en général, très facilement supportée par les malades, à part quelques nausées et un léger effet purgatif.

M. Renault ayant demandé si ce traitement serait applicable aux cas de lithiase biliaire avec ictère chronique, M. Chauffard répond qu'une observation de M. Hayem et une autre de M. Bucquoy semblent prouver son utilité, malgré l'impossibilité où sont les ictériques de digérer les matières grasses. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pommade contre les brulures. — Gomez de la Mata.

Iodoforme	4 grammes.
Extrait de ciguë	2 —
Acide phénique	5 centigrammes.
Onguent rosat	30 grammes.

Mêlez, pour une pommade conseillée dans le traitement des brûlûres. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La diphthérie a Madrid. — Sur 1,113 décès constatés à Madrid en septembre dernier (sur une population de 473,000 habitants), la diphthérie en compte 107. En août, il y avait eu, de ce chef, 115 morts.

COURRIER

Légion d'honneur. — Est promu au grade de commandeur, M. le docteur Gailleton, maire de Lyon, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de l'Antiquaille.

Est nommé chevalier M. Tripier, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté.

Concours de l'internat en médecine. — *Avis.* La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bucherie, 31).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

L'Administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les candidats que le nombre des places d'interne à mettre au concours pour l'année 1889, est invariablement fixé à *46*.

— La composition du jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est provisoirement fixée comme suit : MM. d'Heilly, Du Castel, Labric, Le Dentu, Peyrot, Auvard, Félizet.

— Le jury de l'externat est provisoirement composé ainsi qu'il suit :

MM. Gaucher — Ballet — Hirtz — Champetier de Ribes — Picqué — Reynier.

Comité consultatif d'hygiène. — Dans sa dernière séance, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration obligatoire par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Après avoir établi, d'après la tradition et par l'interprétation des arrêts les plus récents, les éléments constitutifs du secret médical, le rapport a montré que ces éléments ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques, sauf dans certaines circonstances tout à fait spéciales.

Aussi, le comité a-t-il été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que les découvertes scientifiques rendraient des adjonctions utiles à la santé publique. Dès maintenant, cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphthérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthémique, variole.

En ce qui concerne la déclaration des causes de décès, le comité a, en outre, émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène, d'après le système adopté pour les villes, et notamment pour la Ville de Paris, par l'Académie de médecine, et, pour les autres communes, par l'assemblée générale des médecins de France.

— Un concours s'ouvrira le lundi 26 novembre 1888, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à trois places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le jeudi 25 octobre au samedi 10 novembre inclusivement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Finot, qui vient de succomber le 12 octobre, à l'âge de 64 ans.

Les bénéfices de la vaccination. — On sait que les départements du Morbihan et du Finistère comptent parmi ceux où il est le plus difficile de propager l'habitude de la vaccination ; aussi une épidémie de variole assez grave vient-elle de sévir dans ces départements, au cours de laquelle des faits d'incurie inconcevables, signalés par M. Fouquet, n'ont pas été pour peu dans la transmission de la maladie. Tantôt ce sont des varioleux ne se promènent en ville en pleine desquamation, c'est-à-dire à l'une des périodes les plus dangereuses pour la contagion ; tantôt ce sont des amis qui pénètrent dans les chambres des malades pour prendre de leurs nouvelles ; ici, c'est un ouvrier, le mari d'une malade, qui continue à aller travailler chez des clients ; là c'est une sage-femme qui se fait sans nécessité garde-malade de varioleux et qui continue à pratiquer des accouchements.

A propos de cette épidémie, M. Proust a réuni les chiffres suivants, qui montrent le bénéfice et la nécessité des revaccinations.

L'Allemagne, grâce à l'obligation de la vaccination, a pu rayer la variole des causes de décès. Aussi, tandis que Paris, Saint-Pétersbourg, ont une mortalité par variole oscillant entre 136 et 101 pour 100,000 habitants, Berlin, Breslau, Hambourg, Munich, Dresde qui perdent, au contraire, que 1,44 habitant sur 100,000 depuis la loi de l'obligation de la vaccine, c'est-à-dire depuis 1875. Or ces mêmes villes en perdaient 92 pour 100,000 avant la loi. Londres n'a plus que 0,6 décès par variole sur 100,000 habitants, soit 24 par an pour une population de 4 millions d'habitants.

Comme contre-épreuve, on peut citer le canton de Zurich (Suisse) qui, depuis que la loi d'obligation de la vaccine a été retirée, c'est-à-dire depuis 1883, a vu la mortalité variolique annuelle s'élever de 8 à 85.

Dans l'armée française, depuis que les vaccinations et revaccinations sont sévèrement pratiquées, c'est-à-dire depuis 1872, le nombre des morts par variole n'a été, de 1872 à 1880, que de 514 sur 3,622,659 hommes ayant passé sous les drapeaux, soit 14,8 pour 100,000 soldats. De 1880 à 1885, le nombre des décès par variole est progressivement tombé de 76 à 6 par an.

D'un autre côté, le *British med. Journal* a publié, il y a quelque temps, un fragment d'un discours prononcé par M. Ritchie, président du *Local government Board*, dans lequel l'auteur a montré, par le calcul suivant, le bénéfice extraordinaire de la vaccination. Il y a à Sheffield 95,000 enfants (de moins de dix ans) qui sont vaccinés ; il y en a 5,000 qui ne l'ont pas été. Ces 95,000 ont fourni 189 cas de variole avec 2 décès ; les 5,000 enfants non vaccinés ont fourni 172 cas de variole avec 70 décès. Si tous les enfants de Sheffield avait été vaccinés, il y aurait donc eu 200 cas de variole et un peu plus de 2 décès. Au contraire, si aucun des enfants (au-dessous de dix ans) n'avait été vacciné, il y aurait eu 3,377 cas de variole avec 1,330 décès, soit une mortalité 600 fois plus grande. Au-dessus de dix ans, le bénéfice de la vaccination est moindre, parce que l'immunité commence à s'épuiser, et la revaccination devient nécessaire.

Le nombre des cicatrices vaccinales constatées chez 6,000 sujets antérieurement vaccinés, admis au *London Small-Pox Hospital*, en vingt-cinq ans, a été relevé, il y a quelques années, par le docteur Marson, médecin en chef de cet hôpital. Il a constaté que la proportion des décès était en sens inverse du nombre des cicatrices vaccinales apparentes ; chez les sujets vaccinés qui n'avait plus de cicatrice appréciable, la mortalité par variole était de 21,7 p. 100 ; avec une cicatrice, de 7,5 p. 100 ; avec deux cicatrices, de 4,12 p. 100 ; avec trois cicatrices, de 1,7 p. 100; avec quatre et plus, de 0,7 p. 100. La mortalité était de 35,5 p. 100 chez ceux qui n'avaient pas été vaccinés.

(*Revue scientifique.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Hôpital Necker. — M. Le Fort.

Un crochet à bottines ayant séjourné pendant neuf mois dans la joue à l'insu du malade. — Procédé d'extraction des corps étrangers formant crochet et ne pouvant être retirés par traction directe.

Si l'on connaît par de nombreux exemples, relatés dans les annales chirurgicales, la tolérance des tissus pour les corps étrangers, il est assez rare, par contre, qu'un de ces corps étrangers, lorsqu'il est relativement volumineux, soit retenu dans la profondeur des tissus, sans que le malade en ait réellement conscience.

Le fait suivant, sur lequel j'appelle votre attention dans ma leçon d'aujourd'hui, en est un exemple assez curieux pour mériter d'être cité.

Il s'agit d'un jeune garçon, âgé de dix-neuf ans, qui se présentait le 23 du mois dernier à l'hôpital Necker et entrait dans ma salle, réclamant une opération qui le débarrassât d'un morceau de fer, faisant au dehors de la joue une saillie, qu'il nous était d'ailleurs facile de constater, car elle atteignait environ un centimètre.

Interrogé sur les conditions dans lesquelles l'accident avait eu lieu, ce garçon nous raconta que neuf mois auparavant il avait été frappé à la joue gauche par un individu avec lequel il avait une querelle et que cet individu, en le frappant, tenait un crochet à boutons dont le manche seul lui était resté dans la main. Sur le coup même, notre malade avait éprouvé une vive douleur et il s'était produit une violente hémorrhagie par une plaie en forme de trou étroit et située en avant du masséter gauche, au niveau de l'arcade dentaire inférieure.

Une heure après l'accident, la joue présentait une tuméfaction considérable; le lendemain matin, la tuméfaction persistant et s'accompagnant d'une assez vive douleur, le blessé allait consulter un pharmacien, lequel, suivant l'expression même du malade, se contenta « de boucher le trou de sa joue ». Au bout de deux ou trois jours, la plaie était cicatrisée, le gonflement de la joue avait disparu, mais le malade sentait, à ce niveau, une certaine dureté. Toutefois depuis cette époque, il n'éprouva aucune douleur, aucune gêne dans les mouvements de la mâchoire.

Il ne songait donc plus à sa blessure, lorsqu'il y a près de deux mois, c'est-à-dire un mois seulement avant d'entrer à l'hôpital, la peau correspondant à sa blessure prit une teinte rouge, inflammatoire, se perfora et, par l'ouverture spontanément créée, émergea une petite tige de fer.

Lorsque, le 23 du mois dernier, j'ai vu pour la première fois ce malade, j'ai pu constater l'état suivant : la forme de la joue est normale, il n'existe aucun gonflement, aucune saillie. En avant du masséter, à deux travers de doigt en arrière de la commissure gauche des lèvres, on aperçoit un petit orifice cutané, qui livre passage à une petite tige de fer, cylindrique, faisant une saillie de 1 centimètre. En arrière, il est facile de constater, par la bouche, l'existence d'une induration un peu étendue des parties molles.

D'après le récit du malade, il n'est pas douteux que cette tige soit la partie métallique du crochet à boutons. Mais, d'autre part, il me paraissait infiniment probable que la forme même de cet objet en empêcherait l'extraction directe et que quelques fibres du masséter seraient accrochées par la partie terminale de l'instrument.

En effet, lorsque, à l'aide d'un davier, j'exerçais une traction directe assez forte sur l'objet en question, je sentais une résistance sérieuse, de sorte qu'il était évident que si je voulais en pratiquer de force l'extraction directe, je ne pourrais y parvenir qu'en déterminant, dans la région, des délabrements importants.

Je songeai alors à exécuter la manœuvre que l'on a conseillée lorsqu'il s'agit de corps formant crochet, tels par exemple qu'un hameçon, manœuvre qui consiste, non pas à tirer sur le corps étranger, mais bien à le pousser à travers les tissus de façon à le faire cheminer jusque sous la peau, à pratiquer sur la saillie qu'il y forme alors une petite incision et à le retirer ensuite par celle-ci. Mais en agissant ainsi j'avais l'inconvénient de traverser d'avant en arrière toute la partie postérieure du masséter restée intacte; aussi j'y renonçai, préférant avoir recours à une autre manœuvre, à un procédé qui m'avait déjà réussi, quelques années auparavant, dans un cas analogue.

Ce moyen consiste à agrandir par une petite incision d'un demi-centimètre à un centimètre au plus, faite à la peau, l'ouverture d'entrée des corps étrangers; à faire ensuite basculer la partie libre de ce corps en prenant pour centre du mouvement son extrémité cachée dans la profondeur des tissus, puis à l'extraire non en tirant sur lui, mais en le poussant, au contraire, la pointe en avant à travers le trajet par lequel ledit corps a pénétré dans la région.

Les choses ainsi décidées, je fis, en arrière de l'ouverture d'entrée et à partir de cette ouverture même, une incision cutanée d'un demi-centimètre; je saisis fortement avec un davier la partie de la tige faisant saillie au dehors et je m'efforçai de l'attirer le plus possible à moi, en même temps que, avec le pouce de la main gauche, je poussais le plus possible la peau en arrière. Je fis ainsi saillir 3 centimètres de la tige métallique. Puis, lorsque je me sentis arrêté par le crochet, j'abaissai fortement en bas la portion libre; la tige, d'horizontale qu'elle était, devint verticale, et le crochet, situé d'abord en arrière, se trouva placé en haut. Continuant alors mon mouvement en arc de cercle, je déprimai et refoulai le plus possible avec la tige les parties molles superficielles. L'ouverture d'entrée qui était en avant fut reportée en arrière du point où se trouvait l'extrémité profondément située sous les parties molles, la tige revint de la position verticale à l'horizontale, mais dans une situation inverse, en ce sens que la partie faisant saillie hors la peau se trouvait en arrière et le crochet en avant.

J'avais ainsi effectué une véritable version et il me suffit de pousser d'arrière en avant pour faire sortir le crochet, dont la longueur totale était de

4 centimètres et demi. L'opération était terminée ; j'appliquai mon pansement ordinaire à l'eau alcoolisée camphrée et, quatre ou cinq jours après, le malade était complètement guéri.

A propos de ce malade, je vous citerai un autre fait, fort curieux également, qui s'est passé il y a une dizaine d'années. Ce cas, pour lequel j'ai eu l'occasion d'imaginer cette manœuvre n'était pas non plus sans présenter de réelles difficultés en raison de la nature même du corps étranger et de la région où il s'était implanté.

Il existe un tire-bouchon d'invention anglaise, dont le mécanisme diffère essentiellement de tous les tire-bouchons ordinaires. Il consiste en une tige d'acier terminée comme d'habitude du côté du manche par une tige cylindrique transversale, tandis que, à l'extrémité opposée, cette tige s'aplatit, s'évase d'un seul côté, en forme de fer de pelle légèrement concave, de manière à pouvoir l'insinuer par pression entre le bouchon et le goulot de la bouteille.

Lorsque cette sorte de pelle, placée sur le côté de la tige, a pénétré au delà du bouchon, on la tourne de force sur son axe de manière qu'elle vienne se placer transversalement au-dessous du bouchon. Une forte traction débouche alors la bouteille. Mais pour donner plus de fixité à l'instrument, le bord de la pelle qui doit rencontrer le bouchon est muni d'un crochet parallèle à la tige et qui s'enfonce de bas en haut dans le bouchon.

Or, certain jour, une dame possédant un de ces tire-bouchons, voulut s'en servir elle-même pour déboucher une bouteille qu'elle tenait de la main gauche; elle le poussa violemment, mais si malheureusement que l'instrument glissa hors de la bouteille et pénétra à une assez grande profondeur dans le premier espace intermétacarpien.

Appelé immédiatement auprès d'elle par M. Collin qui, en qualité de voisin, lui avait donné les premiers soins pour arrêter l'hémorrhagie, je constatai que l'instrument avait dû pénétrer dans toute la profondeur de l'éminence thénar et qu'il ne devait pas être loin de l'artère radiale à son passage dans le premier espace.

Dans ces conditions, retirer directement l'instrument était chose impossible, en raison même de sa forme en crochet aigu, car il eut joué sur les parties molles le rôle qu'il était destiné à jouer sur les bouchons. Je songeai donc à l'extraire en lui faisant exécuter un mouvement de bascule.

Pour faciliter la manœuvre, je fis, après avoir endormi la malade, une petite incision à la peau de l'espace interdigital. Je saisis ensuite l'instrument par le manche, et, grâce au mécanisme que j'ai décrit tout à l'heure, je lui fis exécuter un mouvement en demi-cercle, lequel, par suite de la dépression des parties molles, sous la pression du manche, eut pour effet de changer complètement la direction de l'instrument. Le crochet, au lieu de regarder du côté de la peau, se trouva tourné, au contraire, vers l'articulation carpo-métacarpienne; et l'extraction, opérée par version, bascule et propulsion, fut obtenue avec la plus grande facilité.

Aucun incident consécutif ne vint contrarier la guérison qui fut rapide complète.

Hystéralgie rebelle. — Antéflexion. — Hémorrhagies répétées (durant depuis six mois). — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Par A.-E. Vroblesky, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Au mois de mai dernier, une de mes clientes, fermière dans un petit hameau de

Sarthe, nommée Commerveil, distant de 5 kilomètres de Mamers, vint me trouver, se plaignant d'une faiblesse extrême, de manque d'appétit et de maux d'estomac.

Pressée par mes questions, la dame D... avoue que depuis six mois elle a commencé à perdre du sang, que dans les premiers temps elle en perdait énormément, mais que, depuis le commencement du mois d'avril dernier, elle ne perd que de « l'eau rousse », tout en perdant beaucoup.

La malade est une femme de 56 ans, petite, très maigre, teint terreux. A l'âge de 50 ans, elle a cessé d'avoir ses règles et n'a jamais eu de leucorrhée. L'ayant examinée séance tenante, et n'ayant trouvé rien autre qu'une antéflexion très prononcée, j'ai renvoyé ma malade après avoir institué un traitement par les arsénicaux, quassine et hydrastis canadensis (teinture).

Quinze jours plus tard, je revois ma malade qui m'accuse une légère amélioration d'appétit et une diminution notable d'écoulement où l'élément sanguin fait presque entièrement défaut.

Lui ayant conseillé de continuer le traitement, je la renvoie encore quand, une dizaine de jours plus tard, je suis demandé au milieu de la nuit auprès de la malade, qui se plaint de douleurs insupportables dans le bas-ventre, les reins, les lombes et dans le côté interne des cuisses.

Me trouvant loin de toute pharmacie, et, pour vrai dire, n'ayant trouvé rien de mieux à faire, je lui pratiquai une injection de morphine de 0,005 milligrammes qui apaise subitement la douleur.

Le lendemain, dans l'après-midi, je suis de nouveau rappelé; la malade, ayant éprouvé la veille un soulagement immédiat, réclame impérieusement son injection. Après l'avoir faite, je procède sur-le-champ à un nouvel examen, et encore une fois je ne trouve rien autre que l'antéflexion très prononcée et une légère augmentation du volume de l'utérus.

Les jours suivants, les douleurs, de plus en plus fortes, reviennent à chaque instant et font cruellement souffrir la malade avant mon arrivée et l'administration de la morphine.

Dans la détresse et presque en désespoir de cause, j'ai successivement mis en usage out l'arsenal antidouloureux : quinine, acotinine, belladone, cocaïne, éther, chlorure de méthyle, antipyrine. Rien ne réussissait ou chaque médicament essayé donnait un résultat tellement insignifiant qn'on n'y revenait plus; il fallait avoir recours quotidiennement à la morphine qui seule donnait un répit de dix à douze heures à la condition toutefois d'augmenter insensiblement la dose.

Cet état de choses dura pendant trois semaines, pendant lesquelles notre confrère, M. Pauzat, médecin-major de 2e classe au 115e d'infanterie, qui nous assiste d'habitude pour chaque opération, était absent.

Le lendemain de son arrivée, nous examinons ensemble la malade et décidons que 'unique remède radical est l'hystérectomie; mais, vu la gravité de cette opération, pratiquée dans les conditions où il fallait agir et les conséquences malheureuses pour nous personnellement au cas de non-réussite, nous décidons d'avoir recours d'abord au redressement de l'utérus par le procédé du Prof. Trélat.

Deux jours plus tard, nous pratiquâmes donc cette opération à l'aide d'une grosse sonde métallique redressée pour cet usage; mais, malgré les tractions assez vigoureuses exercées par moi et par notre confrère, nous n'aboutîmes qu'à un résultat presque nul, à cause des adhérences que l'utérus avait contractées dans sa nouvelle position.

N'osant pas espérer un bon résultat de notre intervention, nous nous retirâmes, comptant que l'impression morale produite sur la malade par une opération qui devait la guérir, nous donnerait bien quelques jours de répit.

Les douleurs n'ayant pas cessé un seul instant, je suis rappelé dans la nuit pour pratiquer une injection de morphine. Pendant la même visite, la malade me déclare qu'elle préfère mourir de suite que souffrir plus longtemps, et la famille présente me somme encore une fois de pratiquer le plus tôt possible l'opération radicale (si toutefois elle existe), malgré tout ce qui pourrait en résulter.

Mis en demeure de me prononcer, j'oubliai mon intérêt personnel pour ne penser qu'à l'intérêt scientifique, et je décidai l'hystérectomie.

Le 7 août passé, accompagné de MM. le docteur Pauzat, Blondeau, étudiant en médecine, et Louvrier, pharmacien à Mamers, je me suis rendu dans la localité habitée par la malade, et, à trois heures de l'après-midi, j'ai commencé l'opération. Le chloroforme a été donné par M. Louvrier, qui, m'accompagnant habituellement pour les opérations qui exigent l'administration du chloroforme, le manie avec une grande adresse.

Après avoir vidé la vessie et laissé la sonde à demeure pour me servir de jalon, j'ai fait l'incision circulaire classique et commencé le décollement de l'utérus, lequel s'est fait sans difficultés spéciales sur la face postérieure de l'utérus; bientôt apparaît le cul-de-sac péritonéal, que j'abandonne pour le moment pour me transporter sur la face antérieure de l'utérus.

Ici le travail devient dur et difficile; les adhérences établies relient fortement à la vessie l'utérus plié à angle très aigu, et c'est à ce moment que je me félicite d'avoir laissé un cathéter dans la vessie, parce que, les doigts et la sonde ne suffisant plus, il fallait avoir recours au bistouri, et de là à une échappée du couteau dans la vessie, il n'y a pas loin.

Je dois mentionner l'usage d'un instrument qui, s'il n'a pas facilité le décollement de la face antérieure de l'utérus et le complément de l'incision du cul-de-sac vaginal, a au moins contribué singulièrement à me donner la certitude de ne pas pénétrer dans la vessie.

Le susdit instrument n'est autre qu'un cathéter à petite courbure qui porte sur sa face concave une rainure assez profonde; ce n'est, en somme, qu'une sonde cannelée appropriée à cet usage spécial.

Le passant derrière les obstacles rencontrés sur mon chemin, je coupe sur lui toutes les brides et ainsi j'arrive à libérer complètement l'utérus. Les culs-de-sac péritonéaux ouverts, l'utérus n'était retenu que par les ligaments larges. L'ayant attiré à la vulve, ayant placé les pinces longues, je coupe à ras de celles-ci.

L'écoulement de sang pendant l'opération, qui a duré deux heures et demie, était insignifiant.

Après avoir fait la toilette, j'introduis jusqu'au fond du vagin une éponge purifiée par moi et plongée d'abord dans une solution de sublimé au 1/1000 et après dans de l'éther iodoformé (l'éther s'évaporant dépose sur toutes les surfaces de l'éponge la poudre impalpable d'iodoforme).

Je laissai les pinces pendant trente heures, puis, après les avoir enlevées, je fis une injection antiseptique et introduisis une nouvelle éponge iodoformée.

Le lendemain de l'opération, la température dans l'aisselle était de 39°; le surlendemain matin, 38°5; le soir, 39°2. Le quatrième jour, le matin, 38°; le soir, 38°5. Nouvelle injection et un tampon iodolé. Le cinquième jour, la fièvre tombe et ne reparaît plus.

Les jours suivants, les injections antiseptiques et les tampons iodolés sont continués.

Le surlendemain de l'opération, la malade va à la selle et continue les jours suivants jusqu'au huitième, où brusquement se déclare une fistule recto-vaginale par laquelle les matières fécales s'éliminent en totalité.

J'avoue que la formation de cette fistule me rendit bien perplexe.

Sa formation tardive n'admet pas d'autre explication que celle-ci; elle a été déterminée (directement ou indirectement) par la pression des pinces à demeure, quoique ces dernières n'aient séjourné que trente-six heures.

Quoi qu'il en soit, ayant pratiqué l'examen au spéculum quinze jours après l'opération, j'ai constaté que la plaie péritonéale n'existait plus; le fond du vagin présentait une surface bourgeonnante et en voie de cicatrisation; au fond et à gauche, il y avait une ouverture ovalaire de 7 à 9 millimètres de longueur et 4 à 5 de largeur, qui communiquait directement avec le rectum.

Maintenant, j'attends le rétablissement de la malade, dont l'état général laisse beaucoup à désirer, pour lui pratiquer une opération complémentaire dans le but de fermer la fistule.

En relatant cette observation, mon but primitif était de démontrer une fois de plus que l'hystérectomie vaginale n'est pas seulement indiquée dans les cas de cancers et d'autres tumeurs malignes de l'utérus comme une opération au résultat plus ou moins douteux, mais aussi qu'elle peut être et qu'elle est une opération curative, et qu'au lieu de la pratiquer *in extremis* et au pis-aller, il vaudrait bien mieux commencer par elle et la pratiquer de préférence à d'autres similaires; que, grâce au manuel opératoire perfectionné et aux précautions antiseptiques, elle est loin d'avoir un pronostic toujours grave, et qu'assez souvent elle a donné un résultat immédiat (1), témoin notre malade qui, par l'hystérectomie, a été délivrée d'une névralgie atroce, rebelle à tout traitement. Dans ce même cas, l'opération a eu raison des hémorrhagies abondantes et répétées qui ont gravement compromis l'existence de la malade.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Subert, conservateur du vaccin dans le département de la Nièvre sur le service de la vaccine dans ce département en 1887;

2° Les rapports présentés au nom des commissions d'hygiène de Saint-Denis et de Sceaux, par MM. les docteurs Le Roy des Barres et Berne, au sujet des maladies épidémiques observées en 1887;

3° Un pli cacheté, envoyé par M. Duboué (accepté);

4° Une lettre de M. Doléris, se portant candidat dans la section d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants;

5° Différents mémoires de M. Bouloumié, renvoyé à la commission des eaux minérales.

— M. CHARPENTIER vient, à propos du procès-verbal, ajouter quelques chiffres à ceux donnés par M. Lagneau, sur la proportion des mariages stériles relative à celle des mariages féconds. Des statistiques existent; on les trouve dans un mémoire de Kisch publié en 1886. Il cite les suivantes :

Simpson, 1,252 mariages; 146 enfants, 1 sur 8,5 ; 495 familles aristocratiques, 81 enfants, 1 sur 6 1/9, tandis que dans les familles de matelots et de laboureurs de Grangemouth la proportion des mariages inféconds n'est que de 1 sur 10,5.

Spencer Wells, Marion Sims. — Proportion de femmes mariées stériles, 1 sur 8.

Ansell. — Sur 1,919 mariages, 152 stériles, 1 sur 12.

Grunewaldt. — Sur 1,500 femmes, 300 stérilités acquises, 190 congénitales.

Duncan donne trois statistiques : Dans la première, 4,272 mariages; 1,6 sur 6.

Dans la deuxième, sur 504 femmes de la clientèle absolument stériles, de 15 à 19 ans, 60; de 20 à 24, 219; de 25 à 29, 134; de 30 à 34, 59; de 35 à 39, 23; de 40 à 45, 3.

Dans sa troisième statistique, il a aussi étudié la question d'âge.

La stérilité dépend le plus souvent de la femme; il existe cependant chez l'homme un grand nombre de causes qui peuvent le rendre inapte à la reproduction. Telles sont : l'absence congénitale d'une ou des deux testicules, la cryptorchidie, les épididymites doubles, l'orchite, etc.

Gross, sur 192 cas où il a examiné les deux époux, en a trouvé 33 où la stérilité

(1) Quelques jours après avoir écrit ma relation, j'appris qu'un cas presque identique a été publié par M. le professeur agrégé Richelot dans la *Semaine médicale*.

devait dépendre de l'homme (17 p. 100). Pajot donne 7 à 8, Courty, 1 à 10; Duncan, 1 à 8, etc.

De même que Pajot, M. Charpentier regarde comme une cause fréquente de stérilité des contractions des muscles du plancher pelvien et du vagin qui expulsent le sperme après le coït.

Kisch a étudié les conditions dans lesquelles se manisfestent les différences sexuelles des fœtus. Il n'a aucune donnée précise sur les causes qui déterminent la création de tel ou tel sexe. Le sexe est déterminé du fait des deux éléments de la conception : l'ovule et le spermatozoïde. Il semble cependant que quand l'homme est de dix ans plus âgé que la femme et que celle-ci est à la période la plus marquée de son activité reproductrice, il naît plus de garçons que de filles; de plus le facteur fécondant qui est le plus énergique au point de vue du sexe jouit de la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe. Enfin le coït pratiqué tardivement après la menstruation (huit jours au minimum) favorise la production des garçons.

Bidder, sur un total de 11,871 accouchements arrive aux conclusions suivantes :

1° De très jeunes primipares engendrent peu de garçons;

2° Des primipares d'âge moyen, c'est-à-dire en pleine floraison génitale, engendrent peu de filles;

3° Passé cette période, les femmes engendrent peu de garçons;

4° Les résultats sont les mêmes chez les multipares; mais l'âge où apparaît la diminution des garçons est un peu plus avancé chez elles.

En un mot, il semblerait, dit Bidder, que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule.

Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge et dans un âge avancé. C'est au contraire pendant la période de pleine floraison de la femme que les ovules femelles se trouveraient plus nombreux et aptes à être fécondés.

M. Lagneau fait remarquer que les faits signalés par M. Charpentier l'ont été chez les animaux par Girou de Buzareingues, et chez les humains par Sadler, Hofaker, etc. Pappenheim fait jouer un rôle prédominant à l'état physiologique et pathologique des époux plutôt qu'à leur âge.

— M. de Valcourt (de Cannes) fait une communication sur la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer en hiver. Ces bains de courte durée sont interrompus les jours de grandes pluies et de grands froids et sont admirablement supportés.

— M. Laborde reprend la lecture de son mémoire sur la toxicité des alcools. Il veut d'abord répondre aux critiques que lui a adressées M. Dujardin-Beaumetz relativement à son procédé d'expérimentation. Le public tout entier est intéressé à ce qu'il n'y ait pas de divergences sur ces points qui intéressent tant l'hygiène publique.

L'injestion intra-veineuse d'un médicament produit exactement les mêmes troubles que ce médicament ingéré par l'estomac; l'émétine, par exemple, produit le vomissement. Le procédé est justifié en principe et en application, surtout lorsqu'il s'agit d'étudier des substances éminemment diffusibles comme celles dont il est question.

M. Dujardin-Beaumetz dit que l'absinthe absorbée par l'estomac ne produit pas l'épilepsie; comment peut-il émettre cette opinion, lui qui a assisté aux expériences de Magnan, lui qui, en 1878, au Congrès international pour l'étude de l'alcoolisme, a dit que, quelle que soit la voie de l'absorption de l'essence d'absinthe, les accidents sont toujours les mêmes. La clinique a maintes fois démontré le caractère convulsivant et épileptisant de l'absinthisme aigu, et on peut en voir actuellement un cas dans le service du docteur Deny, à Bicêtre.

M. Laborde présente ensuite l'étude de l'essence de noyau qui produit des accidents tétaniformes très caractéristiques et contient 5 grammes d'essence ou de bouquet par litre. Ce bouquet est composé de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque et, injecté chez des chiens ou donné par l'estomac, tue au milieu d'accidents convulsifs lorsque la dose est suffisante.

On trouve à l'autopsie le cœur gauche fortement contracté et cela pourrait expliquer

certains cas de mort dans l'alcoolisme aigu de l'homme; mais comme, dans d'autres faits, le cœur est trouvé en diastole, il est probable qu'il n'y a pas toujours tétanisation, mais parfois inhibition cardiaque.

L'essence de noyau n'agit pas seulement par son ingestion et l'injection dans les veines, mais aussi par ses vapeurs. M. Laborde et ses aides ont été plusieurs fois incommodés. Un membre du Conseil supérieur d'hygiène était venu dans le laboratoire respirer l'essence à plusieurs reprises, malgré les observations qui lui furent faites, parce qu'il en trouvait l'odeur agréable. Il fut pris de vertiges, de lipothymies, de nausées, et dut rester trois jours à la chambre en proie à un malaise inexprimable. Un garçon de laboratoire, d'habitudes exceptionnellement régulières et d'une grande sobriété, fut pris, après avoir assisté aux expériences, de mal de tête permanent qui s'accompagnait, lorsqu'il s'était exposé davantage, d'un état simulant l'ébriété. Il dut quitter le laboratoire par suite d'un embarras gastrique devenu continu et guérit alors rapidement.

C'est M. Laborde lui-même qui a présenté les accidents les plus marqués. Il commença par avoir des vertiges, du mal de tête, du tremblement, des troubles dyspeptiques. Ces phénomènes disparaissant dans l'intervalle des expériences, il les négligea jusqu'à ce qu'il présentât un jour des accidents foudroyants. En sortant du laboratoire, il fut pris d'un véritable ictus vertigineux avec lipothymies, sueurs profuses, palpitations avec angoisse précordiale et tremblement. Il ne perdit pas connaissance, mais resta appuyé contre un mur pendant peut-être un quart d'heure jusqu'à ce qu'un garçon de la Faculté vînt lui porter secours. Il y a un an de cela, et cependant il n'est pas encore guéri, et ses urines ainsi que l'air expiré contiennent encore des traces de l'aldéhyde benzoïque. Ce fut à la suite d'une diurèse provoquée par le raisin que l'amélioration se déclara.

On observe dans des distilleries d'essence, surtout d'absinthe, des accidents du même genre. M Laborde a observé, dans un cas, des crises épileptiformes avec chute et obnubilation. Ces phénomènes, quoique moins intenses, se montrent aussi chez des gens qui respirent les essences dans un milieu moins confiné et moins saturé.

Les substances que M. Laborde vient d'étudier sont les seules de la série qui provoquent des convulsions; au-dessous d'elles, on doit ranger :

1° Les substances pouvant être mortelles, mais sans produire les convulsions. Ce sont, par exemple : l'aldéhyde cinnamique; le cinnamate d'éthyle, et parmi les essences-bouquets : le wisky (d'Irlande), le gin (de Londres), le genièvre (de Hollande), le sherry-brandy, le duchbitter, l'essence de kirsch;

2° Les substances qui ne sont pas habituellement mortelles sont :

Les benzoates d'amyle et de méthyle, l'acétate d'amyle, les butyrates d'éthyle et d'amyle, les succinates d'éthyle et de méthyle, le formiate, le malate et le valérianate d'éthyle, l'énanthylate d'éthyle, le malate de méthyle, l'acétal et le méthylal, l'acide amyltartrique, etc.;

3° Enfin, les substances à peu près inoffensives :

Les essences ou bouquets de rhum, de cassis, de cognac, brandy, de curaçao, de kummel, de marasquin, de bénédictine, d'anisette de Paris, de grenadine, etc.

M. Laborde tire les conclusions suivantes de ses recherches :

Physiologiquement et expérimentalement, on sait que l'industrie fabrique et offre à la consommation publique des produits éminemment toxiques et dangereux, qu'elle dissimule sous le masque alléchant d'un arôme agréable. On sait que l'alcool lui-même, élément fondamental obligé de toutes ces préparations, contient, soit grâce aux procédés défectueux de distillation, soit grâce à l'addition préméditée et réalisée, les produits les plus toxiques, et jusqu'aux convulsivants.

Hygiéniquement, que convient-il de faire ?

La première question qui se pose est la suivante : la purification des alcools, quels qu'ils soient, est-elle capable de les débarrasser des produits impurs qu'ils renferment ?

En second lieu, est-il possible de déceler par des procédés appropriés les produits toxiques surajoutés?

A priori, étant donnés les moyens de purification très perfectionnés par la distil-

lation, il était aisé de prévoir la possibilité d'obtenir un produit d'une pureté réelle et constante.

Voici, à ce sujet, ce que ses recherches ont fourni à M. Laborde. L'alcool éthylique, quelle qu'en soit la provenance, donne lieu à des phénomènes physiologiques identiques; une rectification complète rend égaux, pour ainsi dire, devant la physiologie, tous les alcools d'industrie, avec la réduction au minimum de leur nocuité.

La vraie solution du problème est donc la rectification et la purification des alcools.

Maintenant, comment reconnaître et apprécier l'état et le degré de purification nécessaires des alcools en circulation et déceler leurs impuretés?

Actuellement, il manque encore aux procédés un critérium expérimental. Jusqu'à ce que le réactif physiologique soit trouvé, on aura l'indice d'une impureté quelconque, mais non la preuve de la fraude et sa nature vraie.

« Mais, dit M. Laborde en terminant, ce que je tiens à répéter ici, c'est que nous sommes en présence d'un attentat général, permanent, à la santé publique, particulièrement criminel, puisqu'il indique de la part du coupable la préméditation savante, qu'il spécule sur une nécessité de l'alimentation en s'efforçant de favoriser et d'alimenter l'entraînement passionnel le plus irrésistible, source de déchéance pour l'individu et pour la race.

« Aussi les principes de la défense sociale s'imposent-ils ici dans leur application la plus absolue et la répression légale doit-elle s'exercer dans toute sa rigueur. »

M. Dujardin-Beaumetz accepte les résultats qu'a obtenus M. Laborde. Autant que lui il considère comme toxiques les produits qu'il a expérimentés. Ce qu'il discute, c'est simplement un point de la technique employée, car, pour lui, les injections intra-veineuses sont un mauvais procédé pour juger de la valeur thérapeutique ou toxique d'un corps. Si l'on suppose que l'on ne connaisse pas les propriétés thérapeutiques des sels de soude, de potasse et de magnésie, et qu'on les expérimente en injections intra-veineuses, on trouvera que, tandis que 20 grammes de sel de soude ne donnent pas d'accidents, 3 à 4 grammes de sels de magnésie, 2 à 3 de sels de potasse deviennent dangereux. Cela conduirait donc à n'employer que les sels de soude. Autre exemple : 4 centig. d'iodure de potassium par kilog. tuent dans l'injection intra-veineuse, on a pu donner 30 grammes par jour par l'estomac. Ce qu'il faut redouter lors d'introduction directe dans la veine, c'est la modification du liquide sanguin.

M. Laborde maintient l'importance et la valeur des injections intra-veineuses qui ont seules permis, par exemple, d'être fixé sur la toxicité des sels de potasse. De plus, lui et ses collaborateurs ont expérimenté tous les procédés d'introduction dans l'économie.

M. Lancereaux n'a pas fait d'expériences chez les animaux, mais a vu beaucoup d'alcooliques. On lui a même reproché d'attribuer trop d'accidents à l'intoxication par l'alcool, bien qu'il n'y rattache pas l'athérome généralisé ni les affections des reins. Chez l'homme, il n'a jamais vu d'épilepsie dans l'alcoolisme, à moins qu'il n'y ait une lésion matérielle et alors on a des attaques épileptiformes. Les attaques que l'absinthe provoque chez l'homme rappellent absolument l'hytérie.

M. Bouchard tient à insister sur la valeur des injections intra-veineuses qui sont un moyen d'étude excellent, précieux, le seul qui permette de fixer les idées sur la dose d'un médicament capable de produire un effet physiologique quelconque. Toutes les autres méthodes laissent indécis. L'administration par l'estomac est suivie d'une absorption très lente, le foie arrête une partie du produit, les émonctoires éliminent une autre partie. Ces derniers agissent encore dans l'injection sous-cutanée qui est suivie aussi d'absorption lente. C'est seulement l'injection intra-veineuse qui permet de fixer la dose limite qui entraîne la mort. Ainsi, 18 centig. d'iodure de potassium par kilog. d'animal tuent, il faut aller à 6 grammes, 6 gr. 50 d'iodure de sodium pour obtenir le même effet. Pour les alcools plus ou moins rectifiés, la méthode permet de reconnaître très exactement le degré de pureté. Evidemment il faudrait savoir la dose exacte qui se trouve dans les cellules nerveuses lorsque arrivent les accidents, mais c'est là un idéal non encore réalisé.

M. Laborde croit pouvoir affirmer que le syndrome épilepsie vraie peut se rencontrer à la suite de l'alcoolisme aigu.

M. Labbé tient à déclarer que les injections intra-veineuses, dans des cas exceptionnels, peuvent servir en thérapeutique; il en est ainsi, par exemple, des injections de chloral dans le tétanos.

VARIÉTÉS

CONCOURS POUR L'INTERNAT.

Le concours pour l'internat s'ouvre prochainement; la composition a lieu vendredi 19 octobre.

L'administration de l'Assistance publique vient de décider quelques réformes, d'inégale importance, que réclamaient depuis plusieurs années chefs de service et élèves. L'une d'elles, pour être d'ordre purement matériel, n'en sera pas moins bien accueillie : les candidats feront leur composition écrite dans de meilleures conditions, la première séance du concours ayant lieu à l'Hôtel-Dieu annexe (rue de la Bucherie) dans une grande salle pourvue de tables. Heureux candidats, plus heureux que leurs devanciers!

Une autre réforme, plus importante, consiste à indiquer, avant le début des opérations du jury, le nombre des places mises au concours. Ce nombre est de 46 pour cette année, et ne pourra être dépassé sous aucun prétexte. Cette mesure s'imposait à la suite d'incidents regrettables qui ont eu lieu lors des derniers concours. C'est d'ailleurs, paraît-il, sur les instances réitérées du corps médical que l'Administration s'est décidée à prendre cette mesure, excellente dans le fond, mais qui pourrait bien présenter quelques difficultés dans la pratique. Il ne semble pas, en effet, qu'il soit possible de fixer d'une manière certaine, dès le mois d'octobre, le nombre des places qui seront vacantes au 1er février prochain; les démissions, les demandes de congé d'un an pour le service militaire font varier jusqu'au dernier moment le nombre des places.

C'est, d'ailleurs, en escomptant cette incertitude du nombre des places que quelques candidats n'hésitaient pas, dit-on, à mettre en mouvement à la dernière heure les influences politiques ou autres, pour faire ajouter à leur usage quelques places après la clôture des épreuves. Nous nous sommes laissé dire que certains juges appuyaient même au besoin ces demandes intéressées. C'est pour couper court à toutes ces manœuures de la dernière heure que nombre de chefs de service ont réclamé la limitation du nombre des places mises au concours, au risque que ce nombre fut supérieur ou inférieur au chiffre réel de places vacantes.

Nous croyons savoir que l'intervention de l'Association des internes et de son respecté président, le professseur Hardy, a contribué pour une large part à faire adopter ces quelques réformes. Il n'en faut pas moins savoir gré à l'Administration et à son sympathique directeur, M. Peyron, d'avoir pris des mesures qui donnent satisfaction aux demandes des intéressés. — P. Le Gendre.

FORMULAIRE

Traitement de l'entérite aigue et subaigue. — P. Laure.

Dans l'entérite aiguë, boissons mucilagineuses, eau albumineuse, décoction blanche de Sydenham. Parmi les médicaments plus actifs, on peut citer la décoction d'ipéca, les purgatifs salins, les lactates alcalins, le sous-nitrate de bismuth seul, ou associé au carbonate de chaux, au bi-carbonate de soude, les phosphates alcalins, le nitrate d'argent en lavements, à la dose de 20 centigrammes dans 150 grammes de véhicule, ou pris à l'intérieur suivant la méthode de Meigs, toute la série des astringents et enfin l'opium. Les bains et les révulsifs peuvent également rendre de grands services, dans le traitement de l'entérite aiguë.

Dans l'entérite chronique des alcooliques, Luton a préconisé la noix vomique. Moreau a conseillé l'atropine dans l'entérite des aliénés; Lasègue, le sel marin dans les affections gastro-entériques à marche lente; Marotte, l'acétate de potasse; Nonat, l'huile de croton en frictions sur l'abdomen ; Graves, de faibles doses de morphine associées aux lactates alcalins. — Citons encore, parmi les médicaments usités en pareil cas, l'oxyde de zinc, le salicylate de chaux, le charbon, les peptones, la résorcine. Un grand nombre d'entérites d'origine hépatique sont améliorées à Vichy. Le perchlorure de fer a été préconisé contre l'entérite des cardiaques. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

M. le docteur Assaky (de Bucarest), fondateur des *Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, vient d'être nommé fellow du *Medico-chirurgical de Philadelphie*.

COURRIER

La commission du budget vient de repousser le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a également réduit de 200,000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés de médecine.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions, consignations et travaux pratiques.* — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions, ouvert le jeudi 11 octobre, sera clos le samedi 24 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26, et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels il devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 novembre 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présen-

tation d'une autorisation spéciale : sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet,

III. *Travaux pratiques.*— Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant seize inscriptions ;

2° Les docteurs français;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Travaux pratiques d'histologie. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux (Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine), sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Médecine opératoire. — M. le docteur Broca, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 16 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

HÔPITAUX DE LYON. — *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat s'est terminé vendredi soir, 12 octobre, par la nomination, comme internes titulaires, de :

MM. Fabre, Dor, Bonnet, Lyonnet, Tournier, Rivière, Tillier, Guyennet, Destot, Philippe, Laurençon, Chaix.

Ont été nommés internes provisoires :

MM. Bouchet, Chatin, Odin, Morand, Frécon, Chalon, Ferré, Serullaz, Ollier, Sallès, Levrat, Garai, Stourme.

Les questions sorties ont été :

Anatomie et physiologie : Du rectum.

Pathologie externe : De l'infiltration d'urine.

Pathologie interne : Des embolies.

Questions de garde : Prophylaxie de l'infection puerpérale, — Diagnostic différentiel de la colique saturnine, — Des hémorrhagies ano-rectales.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

La nouvelle communication de M. Laborde à l'Académie de médecine, sur la toxicité des alcools et des essences qui entrent dans la composition des liqueurs, est un réquisitoire en règle contre les fabricants, et il faut reconnaître que les expériences sur lesquelles il s'est appuyé pour le formuler, aussi nombreuses que variées, sont bien de nature à entraîner la conviction.

Les essences ne sont pas seulement dangereuses pour les consommateurs; elles le sont aussi pour ceux qui les préparent et les manipulent : témoins des garçons du laboratoire de M. Laborde, un de ses amis, qui s'est laissé séduire par l'odeur alléchante de l'essence de noyau, et qui en a été la victime, et M. Laborde lui-même. En présence de cette puissance de toxicité, l'Académie n'a pu s'empêcher d'applaudir aux paroles du courageux expérimentateur, qui lui dénonçait « l'attentat général, permanent, à la santé publique, particulièrement criminel, puisqu'il indique, de la part du coupable, le fabricant falsificateur, la préméditation savante, la spéculation sur une nécessité de l'alimentation, en s'efforçant de favoriser

FEUILLETON

CAUSERIE

Nouvelle expérience sur Succi. — Heureux effets de l'eau de Vichy contre l'inanition et la dilatation de l'estomac. — Dépopulation des Indiens en Amérique. — Grands effets de l'hypnotisme; son rôle dans la création d'Ève. — Querelles entre les médecins de Frédéric III.

Il y a toujours d'intéressantes choses à glaner dans la *Revue scientifique*, et comme tous nos lecteurs ne la lisent probablement pas, je ne me prive pas d'y prendre le plus souvent possible quelque sujet de causerie. Sans cette estimable *Revue*, je ne pourrais aujourd'hui vous faire part d'une nouvelle expérience de jeûne que le fameux Succi a bien voulu permettre de faire sur lui à Florence, devant une commission nommée par la Société physico-médicale de cette ville, pour surveiller et étudier le jeûneur pendant cette épreuve. Les constatations faites par la commission au point de vue scientifique ne manquent certainement pas d'importance, mais il n'est guère possible d'y insister ici, d'autant plus que les différentes fonctions physiologiques paraissent avoir été fort peu influencées par ce jeûne.

Contrairement à ce qui arrive chez les chiens soumis à l'inanition prolongée, la température resta à peu près la même; mais le cœur était très excitable; on fit un jour

et d'entretenir l'entraînement passionnel le plus irrésistible, source de déchéance pour l'individu et pour la race. »

L'injection intra-veineuse, recommandée et employée par M. Laborde comme procédé de choix pour expérimenter la puissance toxique comparée des divers alcools et leur degré de pureté, a été critiquée vivement par M. Dujardin-Beaumetz, qui lui préfère l'ingestion par l'estomac. Malheureusement les exemples tirés des sels de potasse, de soude et de magnésie étaient mal choisis, car c'est précisément grâce à l'injection intra-veineuse de ces substances que M. le professeur Bouchard a pu établir leur toxicité relative d'une façon bien plus certaine que par l'ingestion stomacale et par l'injection sous-cutanée. M. Bouchard a aussi soutenu que l'injection intra-veineuse renseignait bien mieux que l'analyse chimique sur le degré de toxicité d'un produit.

Une autre critique faite à M. Laborde au sujet des accidents épileptiformes que produirait l'absinthe n'a pas eu plus de succès. « L'absinthe produit ces accidents, a dit M. Laborde. — Oui, répond M. Dujardin-Beaumetz, par l'injection intra-veineuse, mais non par l'ingestion stomacale. — Pardon, réplique M. Laborde, vous avez vu autrefois des faits de ce genre chez M. Magnan. — C'est vrai, confesse de bonne grâce l'aimable académicien, je l'avais oublié et je vous remercie de m'en faire souvenir; toutefois ces accidents sont rares chez l'homme, j'en appelle à M. Lancereaux. — Distinguons, dit celui-ci : dans l'absinthisme aigu, il n'y a que des accidents hystériformes; mais dans l'absinthisme chronique, avec lésions encéphaliques, alors il y a des convulsions épileptiques vraies. » Voilà qui est bien près de donner pleine satisfaction à M. Laborde.

Malheureusement, la mise en pratique de toutes ces belles données expérimentales n'est pas près d'avoir lieu. Quand édictera-t-on des lois pour réprimer les attentats à la santé signalés dans cette discussion? Quand mettra-t-on ces lois à exécution? M. Laborde ne se dissimule pas que là est le côté difficile de la question. Et cette admirable méthode des

courir pendant quatre minutes Succi et quatre jeunes gens pris dans des conditions d'alimentation normale. Or, tandis que, chez ces quatre témoins, on constatait une augmentation de 31 pulsations, Succi en avait 63 de plus.

Une assertion du jeûneur fut démentie par cette nouvelle expérience; il avait prétendu que sa force musculaire, examinée au dynamomètre, s'accroissait de jour en jour, et les épreuves antérieures de Milan et de Paris tendaient à faire admettre ce fait paradoxal. Mais le dynamomètre démontra cette fois que, si la force musculaire paraissait augmenter jusqu'au vingtième jour, elle diminuait ensuite. Voici l'explication de ce fait donnée par la commission. Sans vouloir admettre que Succi, dans les premiers jours de jeûne, n'ait pas donné sa force réelle, on peut admettre qu'involontairement, inconsciemment, par suite d'une *auto-suggestion* tenant à la confiance immense qu'il manifestait pour sa liqueur, « sa découverte », il exerçait des pressions différentes et graduellement croissantes sur le dynamomètre, jusqu'au jour où les muscles affaiblis, émaciés par l'inanition, n'ont pu répondre aux excitations de cette *forza spiritica*, et c'est alors qu'on voit apparaître cette diminution graduelle des forces, conforme aux lois physiologiques.

La commission pense que Succi ne peut supporter ce jeûne prolongé que parce qu'il se trouve dans des conditions particulières tenant à sa constitution et à une préparation spéciale à ce jeûne. Succi appartient à cette catégorie d'individus qui présentent, par suite d'une disposition personnelle ou peut-être même héréditaire, des échanges interstitiels très peu actifs; ils ont, par conséquent, besoin de très peu d'aliments pour établir

injections intra-veineuses, peut-on l'appliquer à la thérapeutique humaine? Certainement d'après M. Léon Labbé, qui ne se souvient d'aucun accident dans les nombreuses injections de chloral faites par M. Oré, tandis que M. Dujardin-Beaumetz dit que deux ou trois malades en sont morts. Plus sage, M. Bouchard dit qu'il ne se permet pas actuellement de les recommander à ce point de vue.

— La création des sexes peut-elle enfin se faire à volonté? A en croire M. Charpentier, cela serait facile; mais il faut que tant de conditions soient réunies, que bien des incertitudes existent encore dans la solution de ce curieux problème. On sait bien quand on commence; on ne sait pas souvent comment on finira, même après les données numériques de MM. Charpentier, Lagneau, Bidder, Frisch, etc.

— A la Société de chirurgie, M. Verneuil a lu un long mémoire sur les résultats qu'il a obtenus dans le traitement du cancer du col utérin par l'hystérectomie partielle. Sans vouloir repousser l'hytérectomie vaginale totale, ni faire son procès, il pense que l'opération partielle est plus facile, plus bénigne, et que la survie qu'elle donne est plus longue. Sa statistique personnelle confirme cette opinion. Les partisans de l'opération totale et de l'opération partielle ne manqueront pas d'apporter leurs statistiques dans les séances suivantes et, comme nous l'espérons, d'étudier la question à fond. — L.-H. P.

Amputation sus-vaginale irrégulière.

Mon cher collègue,

Je vous avais promis de vous communiquer une observation d'*amputation sus-vaginale irrégulière* du col, où j'avais obtenu un succès inespéré. Aujourd'hui la malade a succombé, et je tiens ma promesse :

T. E., 22 ans, entre le 3 février 1888 dans mon service à Laënnec; elle

---

leur ration d'entretien, le superflu étant toujours digéré, assimilé, emmagasiné sous forme de graisse, de glycogène, ou d'albuminoïdes. Or, il est de toute évidence, pour ceux qui ont vu Succi dans les premiers jours de l'expérience, qu'il s'est préparé de longue main à cette épreuve par une alimentation de luxe; ses muscles étaient gros et forts, sa peau si tendue par un pannicule graisseux abondant qu'on ne pouvait y faire un pli.

La petite quantité d'eau que buvait Succi était d'ailleurs une bonne condition à la conservation des éléments azotés emmagasinés préalablement par lui, et de plus, le choix de cette eau n'était pas sans importance. C'était une eau minérale provenant de la source de l'Hôpital, à Vichy, ou d'une source analogue; or, ces eaux constituent un véritable aliment minéral, et leur influence sur les échanges organiques éclate bien nettement dans le cas actuel. Pendant les cinq jours compris entre le quatrième et le dix-neuvième, Succi boit de l'eau ordinaire, son poids perd 2 kilog. 395. Les cinq jours suivants, il boit 400 grammes d'eau de Vichy et 210 grammes d'eau de Rialto; il ne perd plus que 1,600 grammes.

Quant au rôle de la fameuse liqueur rapportée par Succi de ses voyages en Afrique, il paraît se borner à celui d'un narcotique, destiné à calmer la sensation de la faim pendant les premiers jours de jeûne. La faim, en effet, n'est qu'un phénomène transitoire qu'il suffit de supprimer au début pour ne plus le voir apparaître dans tout le cours des expériences de ce genre. Pour M. Luciani, président de la commission, la base de cette préparation serait simplement l'opium. La liqueur de Succi est donc un

m'est envoyée d'un service de médecine à cause de pertes incoercibles dues à un épithélioma du col utérin.

Sa maladie remonte à deux mois et demi environ, et a débuté par des pertes blanches mêlées de sang, en même temps qu'elle éprouvait de vives douleurs abdominales.

Elle est depuis quinze jours dans le service de mon ami Brocq pour des métrorrhagies abondantes qui ont résisté à tous les moyens médicaux.

Il ne reste donc que les moyens chirurgicaux; mais le cas est peu engageant : la malade, chétive et exangue, paraît devoir mal supporter toute tentative; bien plus, le col est fortement ulcéré; le 1/3 latéral droit, tombé en gangrène, manque; de ce même côté, le vagin est pris sur une étendue au moins d'un pouce; l'utérus est peu mobile, la palpation abdominale douloureuse, et le toucher rectal permet de sentir la cloison recto-vaginale épaissie. C'est dans ces conditions déplorables que, pour éviter à la malade la mort par hémorrhagie qui paraissait imminente, je tente de réséquer tout ce qu'il est possible d'atteindre de cet épithélioma.

Précautions antiseptiques aussi rigoureuses que possibles dans un pareil cas. Je me propose de faire l'hystérectomie totale, si possible; mais, prévoyant ou des difficultés trop grandes ou l'impossibilité, j'avertis mes aides que je me contenterai sans doute d'une amputation sus-vaginale et que l'ouverture du cul-de-sac péritonéal ne m'arrêtera pas.

Le 6 février 1888, je fais donc une amputation sus-vaginale des plus irrégulières : la vessie était difficilement détachée de l'utérus qui ne s'abaissait nullement.

Le cul-de-sac recto-utérin est ouvert, afin de pouvoir réséquer les parties malades soit sur l'utérus soit sur le vagin; le tout est fait avec l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux.

Tampon d'iodoforme. Réaction nulle, arrêt total de l'hémorrhagie.

La malade commence à se lever le 1er mars, reprend des couleurs et des forces, et part pour aller dans sa famille le 7 juillet 1888. A ce moment,

---

facteur absolument négligeable, et il s'agit donc ici d'une simple expérience de physiologie faite dans des conditions inusités et avec une mise en scène destinée à faire croire, à tort, à quelque chose de mystérieux, comme tout ce qui touche à l'intérieur de l'Afrique.

* *
*

Je suis heureux de voir un autre que moi parler avec éloges des eaux de Vichy, car cela me fournit l'occasion d'exprimer mare connaissance à ces utiles eaux dont j'ai eu on ne peut plus à me louer tout récemment. Le professeur Bouchard dans ses leçons (sans épithète) sur les auto-intoxications, dit à propos du traitement de la dilatation de l'estomac que les eaux minérales peuvent être parfois de quelque utilité en pareil cas; ce n'est pas suffisant, et l'éminent professeur ne rend pas à ces eaux la dixième partie de la justice qui leur est due. Je crois — *credo* — que les eaux de Vichy sont de très utiles adjuvants dans la cure de la dilatation de l'estomac; elles donnent de l'appétit, beaucoup d'appétit, et facilitent énormément la digestion. Et cela, à petites doses; voici ma formule personnelle, que je vous recommande : Le matin, à jeun, un quart de verre, 75 grammes à peu près, d'eau de la Grande-Grille; puis douche froide, de 30 secondes. en jet brisé, surtout sur la région de l'estomac et du foie; puis un nouveau quart de verre; puis promenade à pied d'un quart d'heure, une demi-heure, et déjeuner. A cinq heures, un quart de verre de l'Hôpital; puis dîner. Au repas, eau des Célestins avec de la bière, pas de vin. Si, après trois semaines de ce régime, vous n'êtes pas retapé, c'est

légère induration de la cicatrice toujours à droite, à peine un léger écoulement sanieux.

J'ai appris qu'elle était morte le 25 septembre.

Je reste convaincu que mon intervention a valu à cette malheureuse jeune fille :

1° Les huit mois de survie après son opération ;

2° La cessation de ses douleurs ;

3° L'arrêt de ses hémorrhagies.

Elle a eu un instant l'illusion de la guérison. Cela seul justifierait ma conduite.

De tout ce qu'on pouvait faire, ce seul mode opératoire pouvait être suivi. On avait essayé en vain tous les caustiques. L'hystérectomie totale était impossible. Je me suis rejeté sur une opération de nécessité, l'hystérectomie, que vous avez désignée du nom de sus-vaginale irrégulière. Avec le cancer, il faut savoir se contenter de petits résultats, je suis donc prêt à recommencer.

A. Routier,
Chirurgien des hôpitaux.

— L'observation de mon collègue et ami Routier me paraît démontrer qu'entre l'ablation totale des épithéliomas circonscrits de l'utérus et le curage des cancers envahissants, il y a place pour une opération qui, sans avoir d'autres prétentions que celles d'une opération palliative, vaut mieux cependant que le simple curage, parce que, tout en restant bénigne, elle enlève plus largement les tissus malades et peut se montrer plus efficace contre les douleurs et les hémorrhagies : c'est l'amputation sus-vaginale faite avec le bistouri ou les ciseaux, aidés de la curette et des pinces hémostatiques, amputation que j'ai appelée *irrégulière*, parce qu'au lieu de couper l'utérus en un point précis, on taille au milieu des tissus malades, on enlève le cancer et le segment inférieur de l'utérus par lambeaux, et on arrive ainsi, sans méthode apparente, à simplifier autant que possible et à nettoyer

---

que vous ne le serez jamais. Quant à moi, je renouvelle aux eaux de Vichy la nouvelle expression de ma sincère reconnaissance.

La *Revue scientifique* publie sur la dyspepsie des gens d'esprit un intéressant article (j'ai déjà dit qu'ils étaient tous intéressants) qui me paraît avoir trait à la dilatation de l'estomac pure et simple. Mais je n'y insiste pas ; comme c'est mon cas, on pourrait croire que je veux me faire passer pour un de ces spirituels malades, ce que ma modestie m'empêche de vouloir faire croire.

***

Les journaux de médecine américains sont remplis depuis quelque temps d'articles relatifs à la mortalité considérable qui sévit parmi les indigènes, par suite des ravages de l'alcoolisme, de la syphilis et de la tuberculose. Le contact de ces malheureuses peuplades primitives avec les civilisés leur a été funeste et leur disparition n'est plus qu'une question de temps, surtout maintenant que la tuberculose s'en mêle ; la résistance vitale diminue chez eux, la phthisie s'empare des adultes, dont les enfants dégénérés disparaissent avant l'âge de 25 ans. Encore quelques générations, et tout sera dit.

On regrettera peu ces populations par trop rebelles à la civilisation, et où se passent encore des faits du genre de celui que nous apportent les journaux d'Amérique.

« On vient d'apprendre de la façon la plus positive que les Indiens Mojaves, établis sur les bords de la rivière Colorado, dans le comté de San Bernardino (Californie), ont

pour le mieux le champ opératoire; beaucoup mieux qu'on ne l'aurait fait avec la seule curette. Il n'y a là ni un mot nouveau ni une chose nouvelle; il s'agit seulement d'une nuance de procédé qui, dans certains cas, a sa raison d'être. — L.-G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Application externe du soufre contre la sciatique rebelle. — La sciatique est si souvent rebelle à tous les traitements qu'on ne doit dédaigner aucun des moyens qui ont donné de bons résultats entre les mains des observateurs sérieux. Le docteur Cowden a rapporté le cas suivant dans le *Peoria medical Monthly*, n° de juillet 1888. Le malade, âgé de 45 ans, souffrait d'une sciatique très douloureuse, contre laquelle tous les agents thérapeutiques jusqu'aux injections sous-cutanées énergiques, avaient échoué. Le docteur Cowden eut l'idée d'envelopper le membre malade dans une couche de fleur de soufre, pour tout traitement. En moins de deux heures, le malade fut inondé d'une sueur profuse; et, délivré de toute souffrance, il dormit profondément. Il ne se réveilla que le soir, n'eut que le temps de manger un peu, et se rendormit pour toute la nuit, toujours inondé de sueur. Le lendemain matin, il put, sans douleur, mouvoir le membre dans tous les sens, se lever et marcher. Il prit alors un grand bain dans lequel il fut largement lotionné avec de l'eau savonneuse. Ensuite, le traitement local fut repris, et le jour suivant, après une bonne nuit et un bain comme la veille, il se trouvait guéri La guérison s'est maintenue. — R.

Application de la terre à modeler (*Madelling Clay*) **dans le traitement de la mastite.** — Le docteur Maïzel, inspiré par la pratique du docteur Lukashevich, qui traite topiquement l'épididymite par la terre à modeler, a fait usage de cette matière en application, avec d'excellents résultats, dans douze cas de mastite, dont sept d'inflammation parenchymateuse, qui ne donnèrent que trois terminaisons par suppuration, et cinq d'inflammation phlegmoneuse avec une seule formation d'abcès. La douleur et la fièvre cèdent promptement à ce traitement local, qui, s'il est employé dès le début, paraît propre à amener la résolution de l'inflammation sans production de pus, et est beaucoup moins pénible que le bandage amidonné et le collodion. Ce mode de traite-

---

publiquement brûlé vive une jeune Indienne qu'ils soupçonnaient de se livrer à la sorcellerie.

« Il paraît qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévissait depuis deux mois dans la tribu. Les Indiens, frappés de consternation, ont d'abord sacrifié leurs chiens pour apaiser la colère de leur Dieu. Mais comme l'épidémie n'en continuait pas moins à se propager, un grand Conseil a été tenu.

« Tous les guerriers de la tribu se sont réunis autour du médecin. Celui-ci faisait bouillir des herbes dans une grande marmite et, lorsque le breuvage qu'il préparait ainsi a été achevé, on a apporté deux pigeons, un mâle et une femelle. Quelques gouttes de l'étrange breuvage ont été versées dans la gorge de chacun des pigeons, qui ont été ensuite lâchés.

« Le mâle s'est envolé, mais la femelle a tournoyé quelques instants en l'air, puis elle est tombée morte sur le gazon.

« Cela signifiait, paraît-il, qu'il devait y avoir une sorcière dans la tribu et que cette sorcière était la cause de l'épidémie.

« Après avoir exécuté une danse sacrée, les guerriers sont allés chercher leurs femmes et leurs filles, les ont placées en ligne et les ont fait défiler près de l'endroit où était tombé le pigeon. Une jeune Indienne de 18 ans, fille d'un chef nommé Cresco, ayant aperçu le pigeon mort, s'est baissée pour le ramasser. Mais, aussitôt, le médecin de la tribu a saisi la jeune fille et l'a attachée à un poteau.

« En vain, l'Indienne faisait-elle appel à ses parents : ceux-ci n'ont pas osé intervenir.

ment est surtout précieux dans les campagnes où l'argile est une matière commune et peu coûteuse. Notre confrère lave d'abord le sein malade avec une éponge fine, puis il y applique une gaze percée d'un trou pour le passage du mamelon, et par dessus, il étend une couche d'argile bien pétrie, bien liée et sans grumeaux. Le pansement est renouvelé soir et matin.

Le même traitement convient dans les cas d'engorgement pénible des seins, quand pour une raison quelconque, la malade ne peut donner à téter. La secrétion du lait est arrêtée et la plénitude douloureuse cède dans l'espace de vingt-quatre heures. (*The therap. Gaz.*, 15 septembre 1888). — R.

Action du viburnum prunifolium sur l'utérus. — Le professeur Schatz recommande le *viburnum prunifolium* comme agent précieux pour diminuer ou même faire cesser les contractions utérines qui ont souvent tant de tendance à se produire chez les femmes qui ont eu déjà des avortements, et qui compromettent sérieusement la grossesse. Le médicament, ajoute le professeur, doit être donné régulièrement pendant des mois à la dose de 45 à 60 grains anglais d'extrait solide. Cette dernière prescription, pour la dose et la durée du traitement, doit être appréciée par le praticien. (*The therapeutic Gaz.*, 15 septembre 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La communication suivante a été faite dans la séance du 8 octobre :

Innervation du cœur, par M. Judée. — « Au mois de juin 1886, je communiquai à la Société de biologie un travail intitulé : *Action du système nerveux sur la circulation cardiaque*, dont voici en deux mots le résumé : Les systoles et les diastoles dont le cœur est le siège sont sous la dépendance de deux variétés de centres médullaires, les uns excito-moteurs, les autres d'inhibition ou plus simplement de frénation.

M. Brown-Séquard ne fut pas de cet avis : cet éminent physiologiste admet bien l'existence des centres médullaires cardiaques ; mais, en principe, il repousse leur *spécification*, si je puis m'exprimer ainsi.

A l'appui de sa manière de voir, en compagnie de MM. Rey et Adduco (de Turin), il

---

« Un bûcher a été construit autour de la prisonnière, et cette infortunée a été brûlée à petit feu jusqu'à ce qu'elle ait été complètement réduite en cendres. »

* * *

La *Revue de l'hypnotisme* donne une nouvelle explication de la création de la femme qui mérite de ne pas tomber dans l'oubli. L'hypnotisme fait en ce moment tant de choses.

« Ai-je le droit de recourir au chloroforme ou à l'hypnotisme pour m'éviter les douleurs de l'enfantement? Telle est la question posée par une femme à M. Hugues Le Roux, le spirituel chroniqueur du *Temps*. Abritant sa modestie derrière l'opinion de saint Sulpice et d'un philosophe, M. Hugues Le Roux répond en ces termes à sa cliente : « Vous n'avez pas le droit de mettre en péril, pour vous épargner la souffrance, ni votre vie ni la vie de l'enfant à naître de vous. Si un médecin digne de confiance accepte la responsabilité de ce risque, agissez selon votre bonne foi et selon votre scrupule. Le souvenir du texte biblique : « Tu enfanteras dans la douleur » ne doit point vous troubler. L'enfantement est autant un acte moral qu'un phénomène physique ; il survit à la naissance, et pour les douleurs d'âme, conséquence de la maternité, la médecine ne trouvera point de remède. »

« — Et enfin voulez-vous que je vous donne mon avis? m'écrit une femme qui me paraît avoir plus d'esprit que de foi. Vous nous la baillez belle avec votre verset biblique

dit ceci, ce qui du reste est parfaitement exact : L'excitation d'un même centre produit tantôt des faits excito-moteurs, tantôt des actes inhibitoires.

Les travaux remarquables de Schiff sur le nerf spinal, résumés dans un travail de M. Herzen sur l'innervation du cœur publié en mars 1888, me semblent tendre à prouver que M. Brown-Séquard a peut-être tort de se montrer aussi affirmatif sur ce point. Ces travaux, en effet, démontrent d'abord qu'en fait de nerf cardiaque médullaire, il n'en existe qu'un seul : le nerf spinal; ensuite que ce nerf comporte deux ordres de filet : des filets inhibiteurs et des filets accélérateurs. Mais, si le nerf spinal, ce nerf cardiaque par excellence, se compose de deux ordres de filets, il doit nécessairement avoir pour origine deux racines ou noyaux ou, ce qui revient au même, deux centres : l'un d'inhibition, l'autre excito-moteur. Du moment qu'il en est ainsi, on s'explique très bien comment il se fait qu'en irritant la région où se trouvent *accolés* ces deux centres, on produit tantôt des effets excito-moteurs, tantôt des phénomènes d'inhibition. Il y a mieux, Schiff a indiqué comment il fallait s'y prendre pour obtenir l'un ou l'autre de ces deux résultats. Pour cela, il suffit de piquer plus ou moins fortement la région nerveuse qui est le siège de ces deux centres ou *noyaux accessoires*.

Du reste, un autre fait milite encore en faveur de la spécification des centre nerveux. En effet, j'ai démontré autre part que tout centre excito-moteur ou d'inhibition était pourvu comme les centres réflexes ordinaires de deux espèces de filets : des filets afférents et d'autres efférents. Or, jamais en irritant le bout central d'un filet afférent dépendant par exemple d'un centre d'inhibition, on obtient d'autres effets que ceux spéciaux à l'inhibition. Cela, certainement, n'aurait pas lieu si ces deux genres de centres se confondaient entre eux, comme le pensent M. Brown-Séquard et ses partisans.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Laborde est venu lui-même à la rescousse pour confirmer mon dire, puisqu'il a indiqué exactement le point du bulbe qu'il fallait irriter pour obtenir, non pas tout à la fois et indifféremment des phénomènes d'excitation ou d'inhibition, ainsi que les choses se passent le plus communément à la suite de la piqûre, mais uniquement ceux d'inhibition, de sorte qu'aujourd'hui, tout au moins pour le cœur, la spécification des centres nerveux me paraît devoir être considérée comme un fait réellement acquis à la science.

Maintenant, l'action des centres médullaires est-elle suffisante pour expliquer tous les phénomènes cardiaques, ainsi que le veut Schiff? Assurément non. En effet, si le cœur était uniquement sous la dépendance des centres cérébro-spinaux, après l'avoir arraché de la poitrine d'un animal vivant, il ne continuerait pas à battre même pendant un

---

qui nous obligerait nous autres, faibles créatures, à supporter les douleurs sans chercher à y porter remède.

« Il y a un homme, un seul, qui ait accouché une fois en sa vie... et il s'est fait endormir.

« Rouvrez, je vous prie, les Ecritures. Vous y verrez que Dieu, ayant eu à prendre une des côtes d'Adam pour en créer Eve, exécuta cette opération pendant le sommeil de notre aïeul. »

Nous ajouterons à cela qu'il est peu probable que l'anesthésie dont bénéficia Adam ait été le résultat du sommeil ordinaire. Pour qu'il n'ait pas été réveillé par la sensation de l'extraction qui lui était faite, il fallait qu'il fût plongé dans un état de sommeil exceptionnel. L'hypnotisme pourrait seul rendre compte de ce phénomène. On sait que plusieurs observations d'accouchements effectués sans douleur pendant le sommeil hypnotique ont déjà été publiées dans cette *Revue*; on sait de plus qu'un grand nombre d'opérations graves ont été faites pendant l'anesthésie hypnotique.

On peut admettre que Dieu ait trouvé dans sa toute-puissance un moyen d'hypnotiser un homme, alors que de simples mortels ont découvert le moyen d'endormir leurs semblables par la seule mise en action de cette faible puissance humaine : la volonté.

*
* *

On s'étonnera peut-être de ne pas me voir parler du nouveau mémoire justificatif de

certain temps, ainsi qu'on est à même de l'observer tous les jours. A mou avis, il n'y a qu'une manière logique d'expliquer ce fait, c'est de l'attribuer à la présence des petits centres nerveux dont le cœur est pourvu.

Ces centres, personne ne l'ignore, sont représentés dans cet organe par trois ganglions : Le premier de ces ganglions s'appelle le ganglion de Remark, il est situé à l'embouchure de la veine cave inférieure ou sinus de l'oreillette droite; le second, auquel on a donné le nom de ganglion de Bidder, est placé dans la cloison auriculo-ventriculaire; quant au troisième, connu sous le nom de ganglion de Ludwig, il se trouve dans la région inter-ventriculaire. Les propriétés de ces centres ou ganglions nerveux sont même parfaitement connues : le premier et le second sont accélérateurs; le troisième ou de Ludwig, est frénateur.

De cette façon, comme lorsqu'il s'est agi d'expliquer l'action du système nerveux sur la production de la salive, j'arrive, pour le cœur, à la conclusion finale suivante :

Tous les mouvements *artificiels* ou spontanés qui se produisent dans cet organe ont pour point de départ deux ordres de centres nerveux : des centres médullaires et périphériques. Ces deux variétés de centres sont : les uns d'inhibition, les autres excito-moteurs. »

FORMULAIRE

Coton cocaïné et morphiné. — Eller.

Solution de cocaïne à 3 p. 100	30 grammes.
Sulfate de morphine	0 gr. 80 centigr.
Coton absorbant	30 grammes.

Dissolvez la morphine dans la solution de cocaïne, imprégnez-en le coton, séchez-le dans un courant d'air chaud, et cardez-le. — Ce coton est particulièrement employé pour combattre les maux de dents. On en introduit une petite boulette dans la cavité de la dent cariée. On peut aussi l'utiliser contre les douleurs d'oreille. Pour cela, on l'humecte avec de l'eau ou du laudanum, et on les place dans le conduit auditif.

N. G.

sir Morell Mackenzie. Voici pourquoi. C'est que les mœurs de nos confrères anglais et allemands diffèrent tellement des nôtres au point de vue de la dignité et du secret professionnel, que je crois que le mieux est de garder le silence sur la polémique indécente que les uns et les autres ont engagée sur la tombe de Frédéric III. A entendre les Allemands, MM. Morell Mackenzie et Howell sont des ignorants, des maladroits, des charlatans, des menteurs, des intrigants, etc.; à entendre MM. Mackenzie et Howell, MM. Bergmann, Bramann et consorts sont des intrigants, des menteurs, des charlatans, des maladroits, des ignorants, et, de plus, ils ont abrégé les jours de leur malheureux client! Et chaque parti, pour prouver son dire, étale au grand jour quelque fragment du long martyrologe de l'empereur allemand. N'eût-il pas été plus convenable de garder le silence sur tous ces scandales? Mais, comme dit Jean de Nivelle, si l'on ne faisait que ce qui est raisonnable, ce monde sublunaire manquerait de distraction.

***

Les médecins qui se conduisent ainsi ne feront certainement pas remonter notre profession dans l'estime de ce brave maire des environs de Bayonne que j'ai rencontré cet été. — « Ah! c'est vous, Monsieur Simplissime!..... Tiens, vous êtes décoré!..... (Dédaigneusement) : Je connais ça, la décoration..... Ainsi, moi qui vous parle, en 1832, il y eut le choléra chez nous; pas un médecin!..... Je cours à Bayonne en chercher deux;..... après l'épidémie, savez-vous qui on a décoré?..... Les médecins! »

Pour copie conforme, Simplissime.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

LES DOCTORESSES EN ITALIE. — Jusqu'à ce jour on ne compte en Italie que cinq doctoresses en médecine, qui sont :

Mathilde Dossales Etner, d'Odessa, reçue en 1887 ;

Guiseppina Cattani, d'Imola, reçue en 1884 ;

Maria da Faenza Babacci, reçue en 1887 à l'Université de Bologne ;

Anna Kulicioff, d'Odessa, reçue en 1887 à l'Université de Naples ;

Maria Velleda Farni, reçue en 1878, à l'Université de Turin ;

Enfin, Ernestine Peper, d'Odessa, reçue en 1887, à l'Institut d'études supérieures de Florence.

LA PETITE VÉROLE AU MAROC. — Les dernières nouvelles reçues de Tanger constatent qu'une violente épidémie de petite vérole sévit à Saffi.

La moyenne des décès est de 40 par jour. Parmi les premières victimes se trouve l'agent consulaire de France.

LA FIÈVRE JAUNE AUX ETATS-UNIS. — Jacksonville, 26 septembre. — Le total des cas de fièvre jaune observés ici depuis le commencement de l'épidémie est, jusqu'à présent, de 2,134 et celui des décès de 221.

Dans la journée d'hier, 25, on a signalé 143 cas nouveaux, mais le nombre des décès n'a été que de 4, ce qui semble indiquer que la maladie prend un caractère plus bénin.

COURRIER

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. — *Mesures préventives à prendre contre la contagion de la pelade.* — M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser, en date du 10 octobre, aux préfets et recteurs, les circulaires suivantes :

I

Monsieur le Préfet, l'Académie de médecine s'est préoccupée des mesures à prendre dans les divers établissements scolaires pour prévenir la contagion de la pelade sans cependant entraver l'instruction d'enfants ou de jeunes gens atteints d'une maladie dont la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue.

La haute autorité de cette assemblée témoigne suffisamment de l'importance qu'il convient d'attacher aux prescriptions formulées par elle. Je les signale à votre attention toute particulière, en vous priant de les faire appliquer, dès la rentrée des classes, dans les écoles primaires publiques (supérieures, élémentaires et maternelles) de votre département et de les porter à la connaissance des maîtres et des maîtresses, par la voie du *Bulletin de l'instruction primaire.*

Pour les écoles maternelles et les classes enfantines, tant qu'un certificat médical n'aura pas attesté la guérison, la non-admission ou l'exclusion seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade, après avoir préalablement reçu un certificat médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous.

Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et

particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

E. Lockroy.

II

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance les prescriptions formulées par l'Académie de médecine, en vue de prévenir la contagion de la pelade dans les établissements scolaires, sans cependant entraver l'instruction de jeunes gens atteints d'une maladie dout la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue.

Des instructions en ce sens out été adressées à MM. les préfets pour ce qui concerne les établissements d'euseignement primaire public (écoles supérieures, écoles élémentaires, écoles maternelles); il vous appartient d'assurer l'exécution de ces mesures dans les écoles normales de votre ressort.

Les directeurs de ces établissements seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade qui leur présenteront un certificat du médecin de l'école, attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous.

Les jeunes peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés ainsi que la literie, spécialement les oreillers et traversins.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

E. Lockroy.

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 22 octobre 1888.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Exercices de dissection. — Les élèves de seconde année, avant d'être admis à disséquer, doivent subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commenceront le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts le jeudi 8 novembre, tous les jours de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour les étudiants de deuxième et

troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique);

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'École pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté;

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Délais d'ajournement aux examens. — Les jurys d'examens et de thèse pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au premier examen de doctorat, et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Examens de fin d'année. — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre; s'ils sont refusés en octobre-novembre, ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

Premier examen de doctorat. — Les candidats au premier examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. — Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Épreuve pratique de médecine opératoire. — Il est imposé aux candidats refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

Société médico-pratique. — Séance du 22 octobre 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Groussin : Gastrite chronique; guérison presque complète par l'hydrothérapie. — 2. M. Le Bec : Hernie ombilicale étranglée; cure radicale, guérison; albuminurie. — 3. M. Pennel : Note sur un cas de néphrite cantharidienne. — 4. M. Monnier : Des heureux effets du lavage de l'estomac dans un cas de pseudo-étranglement par péritonite. — 5. Nomination de la Commission du prix.

École préparatoire de médecine de Tours. — M. le docteur Révol est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Deux cas de diphthérie soignés et guéris par les douches à la solution de phénate de soude selon la méthode décrite par le docteur L. Roulin,

Par le docteur Barrois.

Dans la séance de la Société de médecine pratique du 5 janvier 1888, je lisais un travail intitulé : *Du traitement de la diphthérie par les douches au phenate de soude (solution),* et dont les conclusions basées sur 83 observations étaient :

Que, dans tous les cas d'angine couenneuse traitée par le phénate de soude (solution), la guérison avait eu lieu, quels qu'aient été la gravité de la maladie et l'âge des malades;

Qu'avec ce traitement, la durée nécessaire à la guérison variait entre deux et vingt-trois jours;

Que la durée moyenne était de cinq jours;

Que ce traitement était applicable à tous les malades sans distinction, sous forme de douches, de gargarismes ou de badigeonnages;

Qu'il était sans danger;

Que quelquefois les urines devenaient noires; qu'il suffisait pour faire cesser ce symptôme de suspendre ou même d'éloigner les douches au phénate de soude (solution);

Qu'avec cette précaution, ce phénomène était sans danger; qu'il m'avait paru plutôt utile que nuisible, puisqu'il s'était montré chez deux malades atteints de croup qui avaient guéri;

Que ce traitement réussissait à toutes les périodes de la maladie, mais que, plus on l'appliquait tôt, plus on avait de chances d'avoir affaire à une angine bénigne et d'éviter les complications laryngiennes, la gravité de l'angine dépendant sans doute du terrain sur lequel elle se développait, mais surtout de la négligence que l'on avait mise à la traiter au début; c'est ainsi que la trachéotomie avait été rendue nécessaire dans une de mes observations de croup.

Dans ce cas, le phénate de soude avait eu pour rôle de contribuer à guérir l'état local, et surtout de préserver le malade de l'infection; ce qui lui avait permis de guérir;

Que, dans le croup, le phénate de soude agissait favorablement de deux manières :

1° En rendant cette affection extrêmement rare (3 cas sur 82). On ne sera

pas étonné de ce résultat, sachant que le croup est le plus souvent consécutif à une angine couenneuse négligée ou non enrayée;

2° En permettant de guérir le croup dans un certain nombre de cas; cette guérison était arrivée dans la majorité de mes observations, qui ne sont pas encore assez nombreuses pour que je puisse affirmer qu'il en serait toujours ainsi; quoi qu'il dût en être, qu'il fallait joindre à la médication au phénate de soude la médication vomitive pour le traitement du croup.

M. le docteur Barrois, médecin distingué et très occupé d'Illiers, ayant eu connaissance de ce travail à la fin d'une épidémie de diphthérie qui sévissait dans ce pays, voulut bien faire l'essai de ce traitement sur deux de ces malades qui furent les derniers atteints et guérirent complètement. On lira ci-dessous les deux observations entièrement dues à la plume de mon confrère, ainsi que les réflexions dont il les accompagne, et qui me semblent confirmer absolument les conclusions sus-énoncées.

Dr L. Roulin.

Observation Ire. — 1er juillet 1888 : Anna T..., jeune fille de 17 ans, grande, forte, quoique un peu lymphatique.

Le 1er juillet au matin. — Face rouge, congestionnée. Respiration difficile, précipitée; fièvre. Pouls petit, 115. Ganglions sous-maxillaires uniformément engorgés, ce qui donne à la malade un aspect spécial, rend l'exploration de la cavité buccale particulièrement difficile, paralyse en même temps la déglutition; muqueuse pharyngienne violacée, comme d'ailleurs toutes les parties de l'isthme du gosier non recouvertes de fausses membranes. Amygdales tapissées à droite et à gauche d'épaisses fausses membranes, la luette et la portion libre du voile du palais.

Albumine dans l'urine.

Traitement. — Toutes les deux heures, lavages de la cavité buccale avec la solution au phénate de soude, suivant la méthode du docteur Roulin, jour et nuit. Enveloppement de la gorge au moyen de l'ouate iodée. Quinquina; vin; lait; bouillon.

Le 2 juillet. — Les fausses membranes ont diminué d'épaisseur et d'étendue; la muqueuse est beaucoup moins violacée; le pouls est tombé à 84. Les ganglions qui étaient douloureux hier ne le sont plus aujourd'hui, bien qu'ils n'aient pas sensiblement diminué de volume. La déglutition est moins pénible. L'urine est moins riche en albumine. La température est presque normale.

Le 3. — Même état, même traitement. On respecte le repos la nuit. L'alimentation se fait mieux.

Le 4. — Le mieux se maintient. Les douches buccales sont éloignées et ne sont plus données que toutes les quatre heures.

Le 5. — Mieux sensible au huitième jour. Convalescence. Faiblesse. Traitement tonique.

Au moyen des douches, les fausses membranes étaient expulsées facilement, accompagnées d'une quantité considérable de mucus épais, filant, sanguinolent.

Obs. II. — 7 juillet : Alfred V..., 4 ans. Fièvre. Ganglions sous-maxillaires engorgés. Fausses membranes sur les piliers du voile du palais et les amygdales. Fièvre. Pouls 120. Peau chaude. L'urine n'a pas été examinée. Déglutition impossible. Régurgitation par les fosses nasales.

Traitement comme dans l'observation première.

Succès complet en six jours.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la phthisie par le calomel. — De quelques récents emplois de ce médicament.

Le docteur A. Dochman, privat-docent à la clinique de Kasan vient de publier dans le *Therap. Monat.*, 1888, un important travail sur le traitement de la phthisie par le calomel. C'est en prenant ce mémoire comme base que nous allons exposer cette intéressante question, de manière à tenir nos lecteurs au courant des nouveaux traitements de la phthisie.

A vrai dire, l'emploi du calomel dans la tuberculose pulmonaire n'est pas nouveau. Delafield, dès 1826, admettait que, donné jusqu'à salivation dans le premier stade de la phthisie, il amène souvent la guérison.

Desault tenait le mercure comme un spécifique contre la phthisie noueuse.

Mecker le recommande, surtout chez les enfants scrofuleux. Chrichton montre le même enthousiasme; pour lui, donné à petites doses, il peut empêcher la formation des tubercules et est le meilleur moyen de les combattre quand ils sont apparus.

Clark (*De la phthisie*, 1836) recommande l'emploi du calomel dans le traitement des premiers comme des derniers stades de la phthisie, et lui attribue, dans certains cas, une importance spécifique positive.

Trousseau et Belloc, Slasse, Broussais, Andral, Lorinter et d'autres préconisent le protochlorure d'hydrargyre à différentes période de la maladie.

Laënnec indique seulement le mercure lui-même; il l'a trop peu employé pour pouvoir juger de sa valeur.

Dans les quarante ou cinquante ans qui suivent, le mercure n'est pas employé dans le traitement de la phthisie, et ce n'est que récemment que la découverte de Koch a ramené l'attention sur lui.

Aubert et Gouguenheim firent des injections de sublimé dans les cavernes du poumon; Lépine en fit dans le parenchyme lui-même, dans la pneumonie.

Barthel et Moritz traitent la pneumonie croupale par des frictions d'onguent gris, et cette méthode fut employée par Kubassof dans le traitement de la phthisie. Le travail de ces derniers auteurs est intéressant par suite de leurs recherches expérimentales. Lorsque l'on injectait à des lapins des produits tuberculeux, il ne survenait pas de tubercules ou à un faible degré chez les animaux qui avaient été frottés d'onguent gris au début de l'affection.

Le premier point constaté par Dochman est que, dans les formes habituelles de l'anémie, le calomel a une action curative rapide, même dans les cas où un traitement ferrugineux antérieur est resté sans résultat. L'action du calomel se manifeste par l'augmentation de l'appétit, la cessation de la constipation habituelle et la régularisation des menstrues.

Il y a, on le sait, beaucoup de cas ou l'anémie paraît être le résultat d'une dyscrasie phthisique déjà existante. Il est reconnu que, dans cette forme, le traitement ferrugineux reste absolument sans succès, et que parfois il est même nuisible en troublant la digestion. La maladie est souvent méconnue au début; puis, peu à peu, apparaissent de légers accès fébriles, une toux sèche, etc.

Dans ces cas, le traitement avec le calomel pendant un à deux mois donne les meilleurs résultats. Le besoin de nourriture augmente; toux et fièvre diminuent, cessent même, et les sueurs nocturnes disparaissent.

M. Dochman rapporte plusieurs observations, et en conclut que le calomel se montre, à la fin de la première période et au commencement de la deuxième, un moyen qui agit sur le processus pathologique et correspond bien à l'indication morbide.

A la fin de la deuxième période et au commencement de la troisième, le calomel agit en abaissant la température, en diminuant ou en faisant cesser la diarrhée, en améliorant l'état général, etc. Que le calomel agisse aussi sur des altérations locales du poumon, sur la vie et sur le développement du bacille tuberculeux, qu'il empêche le déve-

loppement ultérieur du processus destructeur; ce sont des questions auxquelles de nombreuses observations permettront seules de répondre.

Encore aujourd'hui, malgré les travaux de Mialhe, Bucherim, Œttinger, Vort, etc., on ne peut préciser la forme sous laquelle le calomel est absorbé par l'organisme, sous la forme d'albuminate de mercure ou sous celle de sublimé. Récemment Torsellini a fait une expérience importante relative à l'influence de la pepsine sur la solubilité du calomel. Il en résulte que la pepsine augmente considérablement la solubilité sans transformer le calomel en sublimé, quoique la solution contienne 0,2 p. 100 d'acide chlorhydrique. De la pepsine sans acide n'agit plus. Les acides lactique ou chlorhydrique à 0,1 ou 0,2 p. 100 favorisent beaucoup la dissolution, mais elle est beaucoup moins facile que quand ils agissent en même temps que la pepsine.

Torsellini a démontré par la réaction de l'iodure de potassium que le calomel dissous n'était pas transformé en oxyde. Il conclut de là que la pepsine rend le calomel soluble par une action de ferment.

La différence du calomel d'avec les autres préparations de mercure consiste, en outre, en ce que, tout en s'opposant aux processus de putréfaction dans le canal intestinal, il n'exerce aucune action nuisible sur l'activité des ferments digestifs (Wassilief). Donc, si quelqu'un arrive à démontrer plus exactement la spécificité du mercure contre le bacille tuberculeux, on sera amené à considérer le calomel comme la préparation la plus active contre la tuberculose intestinale.

Dochman admet que le calomel est cholagogue. Cependant les expériences de MM. Prévost et Binet, que nous avons rapportées dans une de nos précédentes revues, tendent, au contraire, à démontrer qu'il diminue la bile; du reste, l'action cholagogue n'avait pas non plus été observée par Kolliker, H. Muller, Scott, Bennett, etc.

Des recherches récentes tendent à démontrer que la bile est antibacillaire; aussi pourrait-on accorder de l'importance à ce fait que le calomel empêche la putréfaction de la bile dans tout le cours du tube digestif.

L'action générale du calomel sur l'organisme, laquelle tient aux doses ingérées, ne se distingue pas de l'action du mercure en général.

Nous n'avons pas de documents précis sur les échanges nutritifs dans le traitement avec le mercure. Pourtant, grâce aux observations de Liégeois, Hayem, Bennett, Keyes, Wilbouchewitch, Schlesinger, etc., on peut tenir pour démontré que de petites doses de mercure ne provoquent aucun trouble dans les échanges nutritifs; le pouls des malades augmente souvent. Cela vient à l'appui des observations de Dochman dans le traitement de l'anémie.

Le mercure a-t-il quelque action sur le virus tuberculeux? Cela est probable, et on ne doit pas oublier qu'à cause de son action étendue, le mercure est l'agent antiparasitaire le plus important : syphilis, fièvre typhoïde, typhus récurrent, érysipèle, choléra, dysenterie, diphthérie, pneumonie sont ses tributaires.

La propriété antiphlogistique du mercure (fait que l'expérience des siècles a établi, mais qui n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante) joue certainement un rôle important dans son action sur la tuberculose.

Dans ces cas, la proposition de Jaccoud (curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire) conserve son importance; « les seules bases solides du traitement prophylactique et du traitement curateur sont fournies par la notion de nutrition imparfaite et par la connaissance de l'influence nocive des phlegmasies ».

Dans la phthisie, Dochman conseille d'administrer le calomel à doses fractionnées, associé à l'opium et à la pepsine. On peut aussi mélanger aux pilules l'ergotine, l'extrait d'hyosciamine :

1° Calomel préparé par voie humide....	0 gr. 72	centigr.
Pepsine	3 gr. 75	—
Teinture d'opium simple...............	XXX	gouttes.
Extrait de phellandrie aq.............	q. s.	

F. s. a. 60 pilules

2° Calomel	0 gr. 72	centigr.
Pepsine	3 gr. 75	—
Ergotine Bonjean	0 gr. 09	—
Extrait	q. s.	

F. s. a. 60 pilules à employer quand il y a des hémoptysies.

On peut remplacer l'ergotine par 0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigr. d'extrait d'hyosciamine.

Le premier jour, le malade prend 2 pilules toutes les deux heures (6 prises); le deuxième jour, il prend 5 prises de 2 pilules; le troisième jour, 4 prises et, à partir du quatrième jour, il prend trois fois par jour 2 pilules. Tous les cinq à six jours, on fait une pause de deux à trois jours pendant lesquels il est bon de donner de l'iodure de potassium.

La fièvre peut nécessiter une augmentation des doses pendant le traitement; à toute élévation de la température, on augmente la dose de calomel jusqu'à 12 et 14 pilules par jour.

II

Le calomel a été très employé, surtout en Allemagne, contre la fièvre typhoïde. En France, M. Bouchard l'a essayé il y a quelques années, et nous trouvons les résultats qu'il a obtenus consignés dans le premier volume du *Traité pratique d'antisepsie* de notre excellent collègue le docteur Le Gendre. 32 malades ont pris 40 cent. de calomel par jour, par 2 centigr. d'heure en heure, jusqu'à salivation; cette dernière a débuté généralement du cinquième au septième jour. Tous ceux qui ont eu de la salivation ont guéri. Mortalité, 6 p. 100; durée moyenne, 21 jours. Mais M. Bouchard a remarqué qu'à la suite du traitement hydrargyrique, la convalescence était très longue, entravée par une débilité et une anémie profondes. De plus, les épistaxis, les hémorrhagies intestinales seraient plus fréquentes. M. Bouchard a donc renoncé au traitement exclusif par le calomel, et il ne l'emploie plus que jusqu'au début du deuxième septénaire. Il donne chaque jour 0 gr. 40 centigr. de calomel en 20 pilules, prises d'heure en heure, pendant quatre jours consécutifs, sans jamais chercher ni obtenir la salivation. La médication influe assez vite sur la fièvre.

Sachalin, dans la fièvre typhoïde, la regarde comme contre-indiquée dans les cas de diarrhée profuse et d'anémie profonde.

L'abaissement de température avec des doses de 0 gr. 40 centigr. toutes les deux heures a été noté par les Allemands; parfois, dans l'espace de douze heures, elle revient à la normale. D'après Ziemssen (*Centr. J. die Gesammite ther.*, mars 1888), cet effet serait dû à la transformation du calomel en bichlorure dans l'intestin. Pour lui, il conclut de ses observations que la durée de la fièvre n'est pas abrégée et qu'il y a seulement diminution de son intensité. Cependant, pour Fuerbringer, il détruirait une grande partie des microbes de l'intestin et son action antipyrétique est nulle.

Du reste, le mercure a été aussi employé dans la dothiénenthérie, sous forme de sublimé, par Rondot, Greisenberger, etc. On a noté plusieurs fois l'abaissement de la vitalité et même des accidents d'intoxication.

Dans les maladies gastro-intestinales des enfants, le calomel a été très employé. Fowler (*Med. Record.*, nov. 1887), dans le cas de diarrhée par mauvaise alimentation, le donne par centigramme toutes les demi-heures jusqu'à 3 à 5 centigrammes, selon l'âge; il le mélange à un peu de bicarbonate de soude. Il s'en est aussi bien trouvé dans l'entéro-colite et le choléra infantile, dans les vers intestinaux.

Chez les nourrissons, Thomas emploie le calomel (0,01) toutes les heures comme purgatif; Dombluth de Rostock recommande aussi le calomel à petites doses souvent répétées qui désinfectent parfaitement le tube intestinal.

Lesage l'a employé dans la diarrhée jaune microbienne; il agit non seulement comme purgatif, mais comme antiseptique. On en donnera par jour 0 gr. 15 à 0 gr. 25 centigr. (avant 2 ans, selon l'âge de l'enfant), pris en deux fois, à une heure d'intervalle, dans un peu d'eau. De cette façon, il est purgatif et provoque la diarrhée gris verdâtre pendant vingt-quatre heures; du reste, la diarrhée peut être jaune, sans caractère spécial.

En Amérique, il est aussi très conseillé dans le choléra infantile (Le Gendre, *loc. cit.*) : Jacobi en donne 0,05 à 0,30; Emmet, 0,05 à 0,10; A. Caillé conseille des pincées de 0,02 mises d'heure en heure, pendant cinq heures, sur la langue de l'enfant.

Liebermeister, dans le choléra asiatique prescrit, quand la diarrhée prémonitoire résiste aux opiacées, d'en donner quelques doses, 3 à 5 centig. toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à apparition des selles vertes caractéristiques. On reprend ensuite l'opium. Il lui reconnait une action spécifique, mais très limitée, dans le choléra confirmé. Jaccoud le conseille aussi à dose de 5 centig. toutes les heures ou toutes les demi-heures dans les cas pressants; l'administration doit en être suspendue s'y il a des vomissements après chaque dose, dans le cas contraire, il faut le donner à des doses diminuantes jusqu'à ce que les selles prennent le caractère muqueux ou cessent.

On ne peut pas dire que l'emploi du calomel dans la diphthérie soit nouveau, puisque Guersant et Bretonneau s'en servaient, mais on a tenté récemment de le remettre en honneur.

Figueras le donne à la dose de 0,50 chaque heure dès les premiers accidents laryngés; il n'a pas d'action si on ne commence l'emploi qu'après la période d'asphyxie. (*Ann. des maladies des oreilles et du larynx*, 1888, 6.) L'hydrargyrie empêche la formation des exsudats, mais le sang est si rapidement déglobulisé qu'il faut combatte énergiquement l'anémie de la convalescence; souvent il y a de l'anasarque, des pétéchies.

Daly le conseille à larges doses répétées jusqu'à diarrhée abondante.

Rodon, quand l'appareil laryngo-trachéo-bronchique est envahi, préconise une médication énergique sans craindre de provoquer des phénomènes d'intoxication; il arrive à donner, pendant un à trois jours, 0,50 de calomel toutes les heures. Du reste, il reconnait qu'une grande partie ne doit pas être absorbée et passe dans les selles. Il ne diminuerait pas trop les chances de résistance à l'infection générale.

Reiter (*Journal de méd. et de chir. prat.*, 1887, mars), pour un enfant de 3 à 4 ans, conseille calomel pur à des doses variant de 0,10 à 0,15, soit à sec, soit placé sur la langue humectée avec un peu d'eau glacée, soit flottant sur de l'eau glacée dans une petite cuiller. Il faut répéter la dose jusqu'à purgation abondante, surveiller attentivement les selles et arrêter la médication quand elles contiennent des masses gélatineuses d'un vert sombre, biliforme. On augmentera alors l'intervalle entre les doses de manière à ne pas dépasser deux jours; cela vaut mieux que de diminuer les doses el les mêmes, et on a plus de chances d'éviter la salivation. Cette dernière est rare, il y a peu de dépression et les effets de la médication sont bons. En même temps, on alimentera, autant que possible, le malade.

Fowler, sur 36 enfants diphthéritiques traités par le calomel, n'en a vu mourir que 2! Nous croyons qu'il y a là une de ces séries heureuses qui se présentent, trop rarement, hélas! dans la diphthérie et dans lesquelles toutes les médications réussissent.

En fait, il nous semble que toutes les affections diphthéritiques étant essentiellement anémiantes, il y a lieu de redouter l'affaiblissement qu'entraîne le traitement mercuriel.

Récemment Sevestre a insisté (*Revue de clin. et de thérap.*, 1887, 45) sur l'action du calomel dans la pleurésie des enfants. Même les plus petits le prennent et le supportent facilement seul ou avec le scammonée. On donnera 0,05 à 0,10 à un enfant de 6 mois à 1 an; et on pourra aller à 0,30 ou 0,40 centig. pour un enfant de 5 à 6 ans. On peut donner la dose d'un seul coup; mais, le plus souvent, il vaut mieux la diviser en deux ou trois prises. Après quelques jours, on répétera, s'il y a lieu. Tout autre purgatif peut être employé, mais le calomel est préférable à cause de la facilité de l'administration et parce qu'il peut agir même à dose massive comme antiphlogistique et diurétique.

Fowler a ainsi retiré de bons effets de calomel dans deux cas de pleurésie et dans la pneumonie, quand il y a à redouter l'œdème pulmonaire ou la suffocation par accumulation de mucosités. — Paul CHÉRON.

BIBLIOTHÈQUE

Les maladies de l'esprit. Etudes cliniques et médico-légales, par le docteur G. Pichon, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin-adjoint de l'hospice Saint-Anne.

M. le docteur Gilson, prédécesseur de l'auteur au clinicat des maladies mentales, présente ce livre au public médical en insistant sur l'importance qui s'y trouve accordée aux causes des *délires toxiques*, tels que ceux des *morphinomanes*, des *alcooliques*, des *éthéromanes*, sur la nécessité de tenir compte du terrain mental sur lequel évolue l'intoxication; le poison agit d'autant plus énergiquement que le sujet est déjà un prédisposé par dégénérescence, et il y a lieu d'avoir égard à ces circonstances dans l'appréciation médico-légale du degré de responsabilité.

« Dans les questions des intoxications des délires et des états toxiques chez le même individu, il faudra avant tout se souvenir du fait clinique que Lasègue a si bien mis en lumière. Quand on a affaire à un intoxiqué, la question de terrain prime tout. Il faudra, avant tout, se convaincre de ce fait que l'appétit pour les divers agents d'intoxication est souvent associé à d'autres signes de dégénérescence tant physiques qu'intellectuels, à d'autres symptômes de déséquilibration. » Lasègue a dit : « Ne devient pas alcoolique qui veut. » M. Pichon estime que cette formule peut être généralisée à tous les agents d'intoxication connus sans exception. « Chez les individus placés sous le coup des passions et des appétits maladifs on trouvera souvent, avec une prédisposition héréditaire, des signes de déséquilibration morale non douteux. Ne s'intoxique pas qui veut », conclut M. Pichon en paraphrasant avec à propos l'axiome clinique de Lasègue.

P. Le Gendre.

Du gros rein polykystique de l'adulte, par le docteur Félix Lejars.

Ce sujet a été choisi par notre distingué et sympathique collègue pour sa dissertation inaugurale. L'auteur montre que, sous le titre de : *Gros rein polykystique*, il y a lieu de décrire une forme de tumeur rénale nettement caractérisée au double point de vue anatomique et clinique. Anatomiquement, s'il faut peut-être réserver une place à l'hypothèse d'une lésion congénitale persistante, il est très probable, sinon démontré, que, dans la grande majorité des cas, c'est au type de l'épithélioma mucoïde que l'affection doit être rapportée.

Cliniquement, on retrouve la symptomatologie presque entière des tumeurs solides du rein, mais avec des traits atténués et un cachet spécial, et surtout avec une évolution lente qui permet des trêves prolongées et se juge très souvent par un dénouement subit.

Presque constamment bilatéral, le gros rein polykystique atteint un volume suffisant, dans un certain nombre de cas, pour permettre à une exploration physique attentive de porter plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici un diagnostic précis. C'est surtout quand la tumeur, dure et vaguement fluctuante, se perçoit bien d'un seul côté que la nécessité d'un examen rigoureux s'impose.

En effet, la bilatéralité des lésions condamne toute intervention radicale à une issue rapidement mortelle.

On voit que, par ce travail consciencieux, le jeune prosecteur de la Faculté a fait faire un nouveau pas à l'étude des tumeurs du rein, si intéressante au triple point de vue de l'embryologie, de l'anatomie pathologique et de l'intervention chirurgicale.

P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Remède contre le ver solitaire. — Bernard Persh a obtenu d'excellents résultats contre le ver solitaire par l'emploi de la potion suivante :

Huile de croton..................................	1 goutte.
Chloroforme......................................	4 grammes.
Glycérine..	30 —

On prend cette dose le matin à jeun, sans qu'aucun traitement préalable soit nécessaire. Il est bon toutefois d'administrer, la veille au soir, un laxatif salin, afin de faciliter l'examen des évacuations, et aussi pour éviter que le ver ne se brise en plusieurs morceaux. Quelquefois il y a une légère irritation intestinale que l'on combat par le bismuth et l'opium. (*Journ. de pharm. de Bruxelles.*) — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire. — Amputation du col de l'utérus. — Calculs multiples de la vessie.

M. Verneuil lit un mémoire sur l'amputation partielle du col de l'utérus.

Deux opérations sont opposées au cancer du col : l'une est l'ablation totale de l'utérus, hystérectomie totale; l'autre, l'amputation partielle, hystérectomie partielle.

La première, qui n'avait au début que de rares partisans, a repris faveur lors du développement des méthodes antiseptiques et a été préconisée surtout à l'étranger. Jusqu'en 1884, ses résultats étaient restés douteux; à ce moment, parurent les travaux de Demons et de Beckel, et les chirurgiens semblèrent changer d'avis.

L'hystérectomie partielle est toujours restée inscrite au répertoire chirurgical, bien que la plupart des praticiens semblent la proscrire ou du moins n'en pas tenir compte. C'est seulement M. Polaillon et lui qui l'ont soutenue dans ces derniers temps.

On est à une époque où les solutions absolues sont en faveur et on prescrit soit l'une, soit l'autre des opérations, tandis qu'il conviendrait de les mettre en parallèle.

En fournissant des arguments en faveur de l'hystérectomie partielle qu'il a pratiquée vingt-six fois, l'orateur espère faire reviser le jugement qui donne la prééminence à l'hystérectomie totale.

Dans un mémoire publié en 1884, M. Verneuil a recommandé le procédé de l'écraseur, qu'il regarde comme bénin. Sur 17 cas de cancer, le total de la survie a été 326 mois; moyenne par opérée, 19 mois. Cette moyenne est, du reste, inférieure à la réalité, car des malades vivaient encore après 3 ans, au moment où elles ont été perdues de vue. Une opérée en septembre 1883 est guérie; après 5 ans et 1 mois, pas de récidive; une autre malade de 1883 vit encore aujourd'hui.

Depuis 1884, il a fait cinq fois l'opération pour des productions malignes et une foi, pour une affection suspecte avec hémorrhagies incoercibles. Le total des survies est de 146; d'où moyenne de 29 mois en chiffres ronds, chiffre qui devra s'accroître. Sur ces 5 cas, 2 sont bons, 3 moins rassurants après trois ans d'état satisfaisant tel que l'on n'aurait pu croire à une guérison radicale si cette épithète n'était pas de trop en cas de néoplasme. Parmi ces dernières opérées, l'une présente une tumeur iliaque, l'autre des troubles généraux mal définis qui doivent faire craindre une généralisation viscérale. Une opérée de juin 1885 est menacée d'une mort prochaine : elle a eu 40 mois de survie à la suite d'une opération que l'on ne regardait que comme palliative.

La moyenne de survie, dans la première série, a été moins bonne, cela tient à ce que, sur 17 cas, 1 mort est de trois jours; puis il a eu, en 1884, 8 opérations incomplètes avec plusieurs récidives soudaines.

Dans la deuxième série, il n'a eu qu'une seule opération incomplète, les autres ont été radicales au moins pour l'utérus. Les opérations incomplètes de la première série tiennent à la fois à ce que les cas étaient plus graves et les opérations moins bien faites. Depuis que M. Verneuil a coupé le col en deux moitiés, les résultats obtenus sont bien supérieurs.

Il peut fournir des renseignements précis sur la récidive. Il a eu 9 récidives locales, dont 8 précoces et 1 tardive et à marche lente, puisque le malade vit 43 mois après l'opération. Six fois au moins après l'opération, il a vu qu'il avait fait une opération incomplète. Dans 12 autres faits, le foyer opératoire a été indemne deux fois jusqu'à la mort après 7 ans, après 17 mois; — cinq fois jusqu'à ce que les malades aient été perdues de vue, 3 ans après l'opération; — deux fois chez des opérées après récidive à distance; trois fois chez des femmes bien portantes depuis 5 ans, 17 mois, 3 mois.

En l'absence de toute lésion locale, 3 femmes ont eu une récidive pelvienne et une récidive viscérale.

Dans un cas donné à extirpation complète, rien ne permet ni de nier, ni d'affirmer la cure radicale, puisque la récidive peut apparaître après 6 ans.

Il n'est pas si difficile qu'on le dit d'enlever tout le mal par l'hystérectomie partielle; elle n'empêche pas la repullulation à distance, mais l'hystérectomie totale ne l'empêche pas non plus.

Etant donné que les ganglions, au moment de l'opération, contiennent déjà des colonies épithéliales, la partie est perdue d'avance. Alors l'avantage reste à l'hystérectomie partielle, plus bénigne.

On est encore autorisé à la pratiquer contre la septicémie, contre les hémorrhagies; tandis que la totale ne peut être regardée comme palliative. La guérison peut être obtenue par l'une et l'autre opération; tout dépend du lieu de la section et de l'état des vaisseaux; il est donc très important de faire un examen local bien complet. La cause anatomique des insuccès réside surtout dans l'envahissement des lymphatiques.

L'hystérectomie totale ne serait préférable que quand il y a envahissement vertical du col et de l'union du col et du corps sans aucune propagation aux environs.

Il a pratiqué 26 amputations partielles dont 4 pour cancer et 22 pour néoplasmes malins divers; il a eu un cas de mort le quatrième jour par péritonite due à l'imprudence de la malade, et, depuis 1872, deux pelvi-péritonites dues à une antisepsie mal faite; avant 1872, il avait ouvert une fois le cul-de-sac vaginal et l'opérée était morte, tandis qu'il y a trois ans il a rasé de nouveau le cul-de-sac, et l'antisepsie a permis à la malade de n'avoir qu'une pelvi-péritonite.

En 1884, M. Verneuil n'avait pas pratiqué d'hystérectomie totale. Il l'a tentée trois fois pour le cancer depuis cette époque en faisant faire l'opération par MM. Richelot et Bouilly. Il n'y eut pas d'accident opératoire. Mais une malade mourut, le troisième jour, d'hémorrhagie secondaire; une deuxième, d'une récidive très rapide; enfin, la troisième, chez laquelle l'opération se présentait bien, succomba après quelques mois à une récidive. Actuellement il a dans ses salles une femme opérée d'hystérectomie vaginale le 6 octobre 1887 à Tenon, et qui a vu la récidive se produire au mois d'avril dernier avec des accidents de compression qui entraîneront bientôt la mort.

M. Verneuil a fait 4 amputations du col pour des affections non cancéreuses. Il a eu à intervenir contre deux allongements hypertrophiques bénins de la lèvre antérieure, 2 cas d'intoxication chronique simulant l'épithélioma par l'aspect et les symptômes, à tel point qu'il y eut dans un des faits une erreur de diagnostic, car il ne manquait que la fétidité des flueurs blanches.

Le diagnostic de l'épithélioma du col est souvent des plus difficiles; il vient de guérir en quelques semaines une malade que l'on croyait atteinte de cancer, et son chef de laboratoire, le docteur Clado, en examinant dernièrement un utérus cancéreux, n'y a trouvé que de la métrite chronique. Quand il y aura doute et que néanmoins une intervention rapide s'imposera, une hystérectomie, partielle sera toujours préférable; l'examen histologique est toujours nécessaire dans ces cas.

M. Verneuil conclut que l'hystérectomie partielle, faite par l'écraseur linéaire et le procédé des deux hémisections, est une opération recommandable; elle est applicable aux hypertrophies, aux indurations inflammatoires chroniques avec hémorrhagies graves, aux néoplasmes divers.

Sa simplicité la rend accessible au plus grand nombre des praticiens. Sa bénignité, par l'emploi combiné du procédé non sanglant et de l'antisepsie. Presque toujours on a un succès opératoire.

Dans le cas de néoplasme, la cure radicale est possible si l'extirpation est complète et qu'il n'y ait rien dans les vaisseaux. Quant l'opération n'est que palliative, elle assure une longue survie.

Enfin, en comparant l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle au point de vue de la bénignité, de l'efficacité, etc., le parallèle sera en faveur de la seconde.

M. Desprès a dit depuis longtemps que les opérations pour le cancer de l'utérus limité au col sont inutiles. Chez les femmes jeunes, bien réglées, la marche est très rapide et la mort arrive en moins d'un an; chez les femmes adultes elle est plus lente; plus lente encore chez celles âgées de 60, 65 ans et plus. On a vu alors des malades vivre deux, quatre ans et plus. Les statistiques sont donc insuffisantes et, avant d'apprécier la survie, il faudrait établir la durée du cancer selon les âges.

Les longues survies à la suite des hystérectomies tiennent à des erreurs de diagnostic; c'est ainsi qu'une malade, que M. Desprès a soignée après M. Bouilly et que l'on croyait atteinte de cancer, a guéri après quelques cautérisations. C'est, du reste, un moyen que M. Desprès conseille d'employer quand on a des doutes; la cautérisation accélère en effet beaucoup la marche des cancers. Les microscopes sont tous moins utiles que cette simple expérience clinique.

M. Verneuil fait remarquer que si M. Desprès ne croit pas au microscope, lui y croit; c'est, sans doute, une affaire de tempérament. La manière d'agir de M. Desprès sera jugée à sa valeur par tous les chirurgiens.

— M. Berger présente des calculs multiples provenant d'un homme chez lequel il a pratiqué la taille sus-pubienne. Il y avait dans la vessie deux calculs libres et une dizaine de pierres enchatonnées; des accidents de néphrite ont rapidement entraîné la mort.

Les calculs pesaient 190 grammes et étaient formés d'une couche périphérique de phosphate triple et d'un noyau central d'oxalate de chaux, de cholestérine et d'acide urique. M. Berger s'est servi du ballon de Petersen que l'on ne doit pas abandonner.

— M. Pozzi fait un rapport sur des observations envoyées par M. Galvani (d'Athènes). Il s'agit de sept tailles hypogastriques, d'une trépanation pour traumatisme crânien et de plaies traitées sans l'emploi du drainage par les pansements rares.

M. Tachard, après avoir lu un mémoire sur la recherche des balles de revolver dans les cavités de l'oreille, conclut à la non-intervention. — P. C.

VARIÉTÉS

RECONSTITUTION DE LA VESSIE.

Ce n'est pas comme exemple de *chirurgie pratique* et de méthode à la portée de tous que nous reproduisons l'expérience qu'on va lire. Nous qui ne sommes pas suspects de sévérité excessive pour les hardiesses de la chirurgie moderne, nous nous demandons où l'expérimentateur a voulu en venir. Velpeau disait : « Sans l'érysipèle et l'infection purulente, les chirurgiens seraient des dieux. » Quelques-uns, en vérité, paraissent avoir pris le mot de Velpeau à la lettre.

Cette expérience, faite sur une petite chienne, par M. Tizzoni, professeur de pathologie générale à Bologne, et par M. Poggi, mérite d'être rapportée en détail, à cause de l'intérêt considérable qu'elle présente au triple point de vue de la chirurgie, de la physiologie et de la pathologie.

L'opération dont il s'agit fut exécutée en deux temps, séparés par un intervalle d'un mois.

Le premier temps comprenait l'isolement d'une portion de l'intestin grêle, destinée à servir de corps à la vessie artificielle. Le second temps comprenait l'excision du corps

de la vessie urinaire et la réunion au col vésical, laissé intact, de l'anse intestinale, isolée précédemment.

Premier temps : anesthésie par le chloroforme; incision de l'abdomen sur la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à l'ombilic; choix d'une anse mobile de l'intestin grêle; isolement d'une portion de cette anse longue de 7 centimètres au moyen de deux incisions transversales en laissant le mésentère absolument intact; évacuation des matières fécales contenues dans cette portion et lavage avec une solution d'acide phénique. Les deux bouts de l'anse isolée sont soigneusement fermés par des sutures circulaires, et un des bouts est, en outre, fixé par un point de suture par devant le col vésical, afin de maintenir l'anse dans la position verticale. Réunion par la suture des deux grands segments de l'intestin pour rétablir la continuité du tube intestinal.

Deuxième temps : anesthésie chloroformique; incision de l'abdomen sur l'ancienne cicatrice; l'anse isolée est débarrassée de quelques adhérences qu'elle a contractées; elle est un peu raccourcie et rétrécie, bien que sa nutrition par le mésentère intact eût été parfaite. Avec toutes les précautions indispensables, on détache les uretères du col de la vessie, on les isole sur une longueur de quelques centimètres, et on procède à l'ablation totale du corps de la vessie. On ouvre ensuite, par une incision transversale, le bout inférieur de l'anse intestinale isolée, on réunit ce bout au col vésical au moyen de sutures, on implante les uretères à la partie inférieure de l'intestin destiné à servir de corps à la nouvelle vessie, et on ferme la plaie abdominale. Un petit tube élastique est laissé à demeure dans la vessie et l'urèthre pour assurer, au moins pendant les premiers jours, l'écoulement permanent de l'urine.

Les suites de l'opération furent bénignes; et, au bout de quelques jours, l'animal était complètement guéri de ses plaies.

La première semaine, il y avait chez la chienne incontinence complète d'urine, mais la fonction du sphincter vésical se rétablit peu à peu dans la suite. L'animal est maintenant en état de retenir son urine pendant environ une heure, et il expulse — dans la posture caractéristique que les chiennes prennent pendant les mictions — de 10 à 14 centimètres cubes d'urine à la fois.

Le résultat de cette première expérience de MM. Tozzoni et Poggi est donc très satisfaisant : la chienne, opérée il y a deux mois, se porte bien; elle a même engraissé. Il n'y a chez elle d'anormal que la grande fréquence des mictions, ce qui dépend des dimensions trop petites de la nouvelle vessie. Mais il est bien probable que ce réceptacle se dilatera avec le temps, et que la fréquence des mictions diminuera en conséquence.

Dans une seconde expérience du même genre, les auteurs se proposent d'isoler une plus longue partie d'intestin, afin d'obtenir une vessie plus spacieuse et d'exécuter l'opération en une seule séance. (*Riforma medica* et *Bull. méd.*)

FORMULAIRE

Potion diaphorétique. — Bourdon.

Acétate d'ammoniaque..........................	3 à 6 grammes.
Alcoolat de cannelle..........................	6 —
Julep gommeux..........................	120 —

F. s. a. Une potion à donner par cuillerées à bouche, dans la journée, aux enfants atteints de rougeole, lorsque l'éruption ne se fait pas d'une manière satisfaisante.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les médecins italiens a Massouah. — Nous lisons dans la *Gazetta degli ospitali* (n° 36) l'entrefilet suivant :

« Il a été décidé au ministère de la guerre de fonder, dans notre colonie de Massouah, deux postes de *condotte* (service cantonal) médico-chirurgicaux. Il sera ouvert, à cet effet, un concours sur titres. Aux médecins nommés seront assurés les avantages ci-après : 1° traitement de 600 francs par mois, logement gratuit; 2° les titulaires des postes auront en outre droit à une ration journalière de fourrage s'ils consentent à se procurer une monture à leurs frais; 3° ils auront droit au transport gratuit aller et retour, pour eux et leurs familles de leur lieu de domicile ou d'un port de la Méditerranée ou de Suez jusqu'à Massouah ; 4° la durée obligatoire du service sera d'une année; trois mois avant la fin de cette première année, le titulaire pourra s'engager à nouveau sur demande présentée au commandant supérieur en Afrique et approuvée par le ministre.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret en date du 28 septembre M. le docteur Démoulin, maire de Landrecies (Nord), a été nommé chevalier.

— La création suivante nous paraît une innovation qui mérite d'intéresser les médecins et les étudiants. Chacun sent de plus en plus la nécessité d'apprendre la chimie dans ses applications à la médecine, et nous prédisons un prompt succès au fondateur de ces cours pratiques.

M. Philippe Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de medecine, membre de la Société chimique de Paris, fera un cours pratique permanent de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes.

Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants, et des substances éminemment toxiques au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition.

On s'inscrit tous les jours, de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki, anciens internes des hôpitaux, commenceront, le lundi 12 novembre, à quatre heures et demie, un cours pratique d'accouchements.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours de quatre heures et demie à cinq heures et demie, 41, rue des Ecoles (à l'Association générale des étudiants) : ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire soit chez le docteur G. Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi, soit chez le docteur J. Potocki, 104, rue du Faubourg-Poissonnière, ou au Secrétariat de l'Association générale, 41, rue des Ecoles.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Sur l'emploi clinique du strophanthus

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 octobre 1888,

Par MM. les docteurs MONCORVO et FERREIRA.

Sans contredit, c'est surtout dans les domaines de la thérapeutique que la médecine a récemment fait des progrès merveilleux, et le nombre des agents qui à bref délai ont été étudiés et essayés avec de grand profit pour la pratique médicale est vraiment étonnant.

Un enthousiasme fébrile a envahi les esprits et tous les jours, pour ainsi dire, on assiste à l'ascension d'un nouvel astre dans le firmament de la thérapeutique; les armes pour la lutte véhémente contre la mort se multiplient, et dans la plupart des cas il n'y a que l'embarras du choix.

A côté de la thérapeutique des processus pyrétiques il n'est pas exagéré de placer la cardio-thérapie sous le rapport des progrès récemment réalisés. La pauvreté de cette partie du traitement est de jour en jour remplacée par un véritable trop-plein d'agents, le devoir inéluctable du clinicien étant d'expérimenter avec prudence et d'essayer critérieusement les différents médicaments cardiaques qu'on préconise aujourd'hui, dans le but d'établir par nous-mêmes les déductions pratiques qui serviront de guide dans ces questions difficiles et brûlantes.

Il y a peu de temps, dans une note insérée dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, l'un de nous, M. Ferreira, a eu l'occasion d'entretenir l'attention de nos confrères avec les résultats recueillis par lui avec l'emploi dans la cardio-thérapie du sulfate de spartéine, lequel, présenté au monde médical par l'éminent professeur G. Sée, qui l'a étudié scientifiquement et l'a essayé dans la clinique, tend aujourd'hui à être employé sur une large échelle avec des avantages incontestables. Nous désirons parler aujourd'hui de l'emploi du strophanthus et comme cardio-tonique et comme diurétique d'une valeur marquée.

Le strophanthus hispidus a été pour la première fois étudié au point de vue de son action physiologique par Pelikan et Vulpian, qui en constatèrent les effets évidents sur la circulation et sur la fibre cardiaque. Le professeur Fraser, d'Edimbourg, en 1869, a également entrepris de sérieuses recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de cette substance, arrivant à la conclusion que le strophanthus est un violent toxique du cœur et qu'il agit à hautes doses en tétanisant le muscle cardiaque sans influencer d'une façon directe l'innervation centrale ou intra-cardiaque. Les travaux de Polaillon et Carville, qui ont paru en 1872, ont confirmé les résultats des expériences du savant professeur anglais et mis en relief les propriétés cardio-toniques du nouveau médicament.

En 1885, l'éminent Fraser, qui d'une façon si judicieuse avait déjà précisé l'action physiologique et thérapeutique du strophanthus et qui avait été forcé, de même que plus tard les distingués expérimentateurs Eloy et Huchard, d'interrompre ses recherches à cause du défaut de la plante, a pu reprendre ses fécondes études, et, passant de l'expérimentation physiologique au champ de la clinique, a commencé à essayer le nouvel agent en tant que médicament cordiaque. Il est parvenu par là à rassembler un nombre élevé de faits cliniques, lesquels démontraient les avantages du strophanthus dans les cardiopathies et légitimaient les espérances que la connaissance des effets physiologiques de la précieuse substance avait fait concevoir.

Chez différents malades cardiaques, qui présentaient tous les symptômes classiques de l'insuffisance myocardiaque, le nouveau médicament, administré sous la forme de teinture, a produit, au bout d un bref délai, des améliorations positives, excitant le muscle cardiaque, augmentant la tension artérielle et entraînant au moyen d'une diurèse abondante la disparition des infiltrations et des œdèmes viscéraux.

Dans des cas de néphrite et de cirrhose, qui si souvent se compliquent de phénomènes d'hyposystolie, la teinture de strophanthus a encore agi d'une façon très favorable, en écartant les désordres circulatoires, les phénomènes d'infiltration et l'oligurie persistante et désastreuse.

Aux recherches cliniques du professeur Fraser, ont bientôt succédé celles de différents praticiens de France et d'Allemagne, lesquels se sont empressés d'élargir le champ des applications du nouvel agent, l'employant comme médicament vasculaire dans différentes hémorrhagies, dans les affections fébriles et voire dans certaines paralysies. Emile Pins, de Vienne, et Poulet, en France, l'ont utilisé dans les pyrexies compliquées de phénomènes adynamiques, de collapsus cardiaque, dans les métrorrhagies, les hémoptysies et dans quelques désordres paralytiques, où, d'après Poulet, le strophanthus agirait en tant que médicament hypermyosthénique congénère de la strychnine.

Frænkel, en Allemagne, a communiqué à la Société de médecine interne de Berlin les conclusions de son observation clinique; le remarquable praticien considère le strophanthus comme un cardio-tonique, comme un régularisateur de la circulation et même comme diurétique, quoique, d'après Frænkel, le nouveau médicament possède ces propriétés à un degré inférieur à la digitale.

Beaumetz et Huchard, en France, ont eu également recours au strophanthus dans le traitement des cardiopathies et dans différents cas caractérisés par des phénomènes d'insuffisance myocardiaque; et si M. Huchard se montre peu enthousiaste du nouvel agent, l'éminent clinicien de l'hôpital Cochin se loue des services rendus par lui et le regarde comme un agent de valeur.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître dans le strophanthus des propriétés cardio-toniques remarquables et des effets diurétiques; cependant ils se séparent dans la façon dont ils interprètent l'action sur la diurèse, la majorité des cliniciens ci-dessus croyant que le strophanthus, de même que la digitale, n'exerce pas une action directe sur l'appareil rénal, mais que, en écartant les obstacles circulatoires et en élevant la pression artérielle, il dissipe par là l'obstruction rénale et active la sécrétion urinaire. Mais les expériences physiologiques de Beaumetz et surtout les investigations récentes de Lemoine, de Lille, semblent laisser hors de doute que le

strophanthus est un véritable diurétique, qu'il excite l'appareil rénal, entraînant même à hautes doses une congestion marquée du parenchyme néphrétique et voire les lésions caractéristiques de la néphrite cantharidienne. Georges Lemoine, de Lille, communiquant à la Société de biologie de Paris les résultats de ses précieuses études à l'égard de l'action du strophanthus, fait remarquer que des doses élevées ou longtemps prolongées de ce médicament entraînent une vive irritation des reins, qui se traduit par une hyperhémie et par de petits foyers hémorrhagiques dans la zone corticale, les animaux soumis à l'expérimentation présentant de la polyurie et de l'albuminurie comme phénomènes constants; en outre éclatent des manifestations tétaniformes qui se généralisent et qui sont très semblables à celles qu'entraîne l'empoisonnement par la strychnine. Les effets diurétiques du strophanthus se sont même montrés chez des sujets bien portants. Avec une dose faible de 5 à 10 gouttes Lemoine réussit à doubler la quantité des urines dans les vingt quatre heures, en l'administrant à des personnes saines. Chez les cardiopathes le même observateur a obtenu une augmentation marquée de la diurèse, sauf lorsqu'il existait déjà un œdème pulmonaire vaste et étendu et une gêne notable de la petite circulation.

Aussitôt qu'il nous a été donné d'obtenir des échantillons suffisants du nouveau médicament, nous nous sommes empressés de l'essayer, et les résultats auxquels nous sommes arrivés confirment de tous points l'observation de Lemoine et des cliniciens ci-dessus cités. Nous sommes convaincus que le strophanthus, outre un cardio-tonique, est un véritable diurétique, et sous ce rapport doit être utilisé dans les cas où il sera besoin d'agir d'une façon directe sur l'appareil rénal.

Dans six cas nous avons eu l'occasion de constater les effets favorables du strophanthus; d'entre eux deux appartiennent à la clientèle privée de l'un de nous, M. Ferreira, et les autres au service des maladies des enfants de M. Moncorvo, à la Policlinique de Rio. Pour la première fois, ce nous semble, le médicament a été prescrit à des enfants et encore sous ce rapport ces faits méritent d'être rapportés.

Observation Ire. — Le nommé S.-J. S..., âgé de 30 ans environ, me fait appeler le 12 mai 1888.

Manifestations paludéennes antérieures; antécédents syphilitiques. Il habite une maison éminemment humide et froide.

Depuis quelque temps, bouffissure de la figure, œdème des pieds et des jambes, décroissement des urines; il y a deux jours, essoufflement, dyspnée, impossibilité de se coucher, toux sèche, opiniâtre et fatigante qui le tourmente beaucoup.

Il présente tous les symptômes d'une infection paludéenne chronique, sur laquelle se sont greffés actuellement des épisodes malariques aigus. Le foie est énormément engorgé. Etat saburral marqué; inappétence absolue.

La quantité des urines est extrêmement réduite; c'est à peine s'il en rend 300 grammes dans les vingt-quatre heures. Elle est fortement albumineuse et contient des cylindres hyalins, graisseux et cireux.

A droite, l'auscultation me fait constater les signes d'un œdème pulmonaire qui occupe les deux tiers du poumon; la matité est accusée.

Dans le sommet pulmonaire, je constate quelques sibilances et des râles humides. La dyspnée est marquée; le malade ne se trouve bien que lorsqu'il est assis, le tronc recourbé en avant.

Les jambes et les pieds, la figure et le ventre sont assez œdémateux.

En présence des signes physiques et des symptômes observés par moi, je diagnostique une néphrite parenchymateuse chronique, se compliquant d'accidents paludiques aigus.

Dans le but de dissiper la congestion hépatique et l'état catarrhal très prononcé des premières voies, j'ai recours au calomel en mettant à profit l'action diurétique de cet agent, laquelle est aujourd'hui mise en évidence principalement après les observations de Jendrassik.

Après l'effet du calomel, et en vue de combattre les conséquences de la réduction de l'urination, je prescris les tisanes diurétiques, contenant de hautes doses de bicarbonate de soude et de crème de tartre que j'ai pour habitude d'employer en pareils cas avec assez d'avantage.

Les résultats furent pour ainsi dire seuls et l'œdème pulmonaire a paru même s'accroître.

Alors, j'ai eu recours au strophanthus, prescrivant la teinture anglaise du professeur Fraser, laquelle est au dixième. Je l'administre à la dose de 12 gouttes et je passe dans la suite à en donner 20 gouttes. Eh bien, déjà au deuxième jour, les propriétés hyperurétiques du médicament se montraient évidentes; le malade, qui rendait 300 grammes d'urine au plus, passa à émettre 800 c. c.; le troisième jour, les urines montent à 1,500 c. c. et, dans la suite, à deux litres par jour. En même temps, elles deviennent moins albumineuses, plus limpides et, au bout de dix jours, elles se montrent complètement normales. Les effets diurétiques du médicament se prolongent encore pendant plusieurs jours au point qu'ils attirent l'attention du malade, qui s'étonne de la quantité d'urine qu'il émet après l'usage de cet agent thérapeutique. Cette persistance de l'action diurétique du strophanthus a été remarquée par Lemoine, qui en fait mention dans sa communication à la Société de biologie.

La vérité me commande de dire aussi que, malgré avoir prolongé pendant six jours l'administration de la teinture de strophanthus à des doses croissantes, je n'ai eu à constater aucun phénomène d'intolérance ni les troubles intestinaux remarqués par Lemoine.

D'accord avec les modifications favorables des fonctions uropoïétiques et la réduction du taux d'albumine se sont montrées des améliorations de plus en plus marquées dans l'état général du malade, qui, aujour'hui, se trouve tout à fait guéri.

Obs. II. — Mme B. S..., âgée de 46 ans. Je suis mandé le 29 juillet 1888 à la voir à cause de phénomènes lipothymiques dont elle a été atteinte.

Cercle sénile de la cornée. Artério-sclérose généralisée. Battements cardiaques faibles; bruits étouffés, intermittences parfaites. Pouls petit, faible et irrégulier. Accès d'angine de poitrine. Urines réduites. Enfin tous les signes d'une insuffisance cardiaque se montrent, insuffisance tenant probablement à une myocardite dystrophique, liée à des troubles de l'irrigation myocardiaque (artério-sclérose des coronaires).

Dans ces conditions, je me souviens du strophanthus et je l'administre sous forme de teinture anglaise à la dose de douze gouttes par jour. Au bout de trois jours, la modification était déjà sensible; les battements cardiaques se montraient plus forts et énergiques, l'artério-tension plus élevée et les troubles arythmiques s'étaient dissipés. Je fais continuer l'usage du médicament pendant trois jours encore, et alors en vue des améliorations constatées, je le suspends.

Obs. III. — Le nommé Zacarios, âgé de 7 ans, demeurant à Rio-Janeiro, est amené au service des maladies de l'enfance du professeur Moncorvo, à la policlinique, en mai 1886.

Antécédents héréditaires. Le père syphilitique. Antécédents personnels. Accidents cutanés liés à l'hérédo-syphilis. Variole et rougeole à l'âge de trois ans. Depuis lors, des crises asthmatoïdes qui se montrent surtout dans la nuit.

En même temps, il se plaint de quelque oppression, d'une sensation de pesanteur à la zone précordiale. Diurèse réduite. Des accidents fébriles liés à l'impaludisme.

A l'auscultation, on constate : impulsion cardiaque affaiblie, la pointe bat plus en dedans; arythmie marquée; pouls faible, petit et inégal; bruit de souffle systolique à la pointe.

On prescrit 8 gouttes de la teinture anglaise de strophanthus, à prendre en trois doses dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, il revient, et l'examen nous permet de constater une augmentation de la force des battements cardiaques et une netteté plus grande du bruit de la pointe. L'arythmie existe encore. Le pouls n'a subi aucune modification. Urines encore diminuées.

On porte la dose de strophantus à 10 gouttes par jour.

Le jour suivant, l'impulsion cardiaque se montre plus forte, plus ample et le rythme est normal. Pouls plus fort, plus ample et régulier. La quantité des urines double.

On suspend l'usage du strophanthus.

Obs. IV. — La nommée Albertine, fillette de 3 ans, se présente dans le service des maladies de l'enfance du docteur Moncorvo, à la Policlinique. le 13 août 1888.

Accidents d'hérédo-syphilis évidents et véhéments. Rougeole à l'âge de 3 ans.

Elle se plaint d'oppression lorsqu'elle fait un exercice un peu prolongé. Sensation d'angoisse dans la région précordiale la réveillant plusieurs fois pendant la nuit. Palpitations fréquentes et intenses.

A l'auscultation, on constate que la pointe du cœur bat au niveau de la cinquième côte; on y entend un souffle en jet de vapeur, systolique. Pouls fréquent, petit, filiforme et inégal.

Teinture anglaise de strophanthus, 8 gouttes; à prendre en trois doses dans les vingt-quatre heures.

Le 14 août. — L'impulsion cardiaque plus forte; le rythme plus régulier. Le pouls est plus fort, ample et régulier. La quantité des urines augmentée.

Teinture de strophanthus, 8 gouttes.

Le 16. — L'impulsion cardiaque est encore plus forte et énergique. Pouls fort, plein et régulier.

Le 17. — Battements cardiaques forts et rythmiques. Pouls régulier et fort.

Même médication.

Les urines s'élevèrent de 470 c. c. à 600 c. c. dans les vingt-quatre heures. La petite malade ne se plaint plus de palpitations.

Teinture de strophanthus, 8 gouttes; à prendre en trois doses.

Le 18. — Urines, 600 c. c. Le médicament a été parfaitement toléré. Pas de troubles gastro-intestinaux. L'impulsion cardiaque se maintient forte et énergique. Le pouls est régulier, plein et fort. L'artério-tension plus élevée. La fillette n'a pas eu de dyspnée, ni d'oppression cardiaque. Plus de palpitations.

On suspend l'usage du strophanthus dans le but de la soumettre à la médication iodurée à cause des manifestations de l'hérédo-syphilis.

Obs. V. — Le nommé Silverio, âgé de 15 mois, demeurant à Rio-Janeiro, est présenté, pour la première fois, dans le service de M. Moncorvo, à la Policlinique, le 29 août 1888.

Dès sa naissance, cyanose s'acccentuant lorsque le petit enfant pleurait et faisait des efforts. Il y a dix mois, exagération de ces phénomènes et perte de connaissance lorsque le petit malade pousse des cris et se met en colère ou toutes les fois qu'il marche plus vite.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle à la base se prolongeant pendant les deux temps de la révolution cardiaque. Le pouls est petit, filiforme même et irrégulier. L'impulsion cardiaque considérablement affaiblie.

Urines diminuées.

On prescrit : teinture anglaise de strophanthus. Quatre gouttes à prendre en trois doses dans les vingt-quatre heures.

1er septembre. — Battements cardiaques plus réguliers; impulsion plus énergique. La tolérance a été parfaite; pas de troubles intestinaux.

Le 3. — Les améliorations se maintiennent. M. Moncorvo fait répéter le médicament à la même dose.

Le 4. — Rhythme cardiaque régulier. Impulsion cardiaque forte et battements moins fréquents. Diurèse augmentée. La mère informe que le petit enfant n'a plus éprouvé d'oppression et qu'il se trouve plus calme et tranquille.

On suspend le médicament.

Obs. VI. — Julio, âgé de quinze mois, demeurant à Rio, est amené, pour la première fois, au service du docteur Moncorvo à la policlinique, le 3 septembre 1888.

Il y a un mois environ, après une indigestion, diarrhée et fièvre. Soif intense, vomissements fréquents après les repas depuis lors. La fièvre s'est prolongée jusqu'à ce jour. Etat saburral; foie et rate avec leurs dimensions normales. Membres inférieurs œdémateux.

Affaiblissement notable de l'impulsion cardiaque; pouls petit et très fréquent. Urines rares et troubles.

On prescrit le chlorhydrate de quinine dans le but de combattre l'infection malarique.

Le 6. — La fièvre n'est plus revenue. Mais les autres symptômes persistent au même degré.

On prescrit : teinture anglaise de strophanthus. Six gouttes à prendre en trois doses.

Le 7. — Pouls plus fort, moins fréquent. Impulsion cardiaque plus énergique. Diurèse augmentée.

L'œdème des pieds a disparu.

On suspend le médicament.

Voilà donc six faits qui démontrent les services saillants que nous peut rendre le nouveau médicament, soit comme cardio-tonique de premier ordre, soit comme diurétique d'incontestable valeur. L'observation clinique sanctionne d'une façon éclatante les conclusions des recherches physiologiques, et nous autorise à recourir avec avantage et confiance au strophanhus, dont, d'ailleurs, l'emploi est aujourd'hui fait sur une large échelle en Allemagne, Angleterre, France et Italie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Arango, médecin à La Havane, sur la contagion de la lèpre;

2° Des travaux de M. Bernard et de Mme Tkatcheff pour le prix Vernois;

3° Des recherches de MM. Robillard et de Velna, sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du programme d'un prix de 5,000 roubles fondé en Russie. Le sujet est la *Recherche de la nature du poison qui se développe dans le poisson salé non cuit.*

— M. Guéniot communique un fait de *placenta double dans un cas de grossesse simple.* Il y a non pas une masse principale dont se détachent un, deux, trois cotylédons, mais deux disques placentaires distincts, égaux en volume et pourvus chacun d'un appareil vasculaire propre émanant directement du cordon. Des faits semblables ont été observés par Queirel et Ribemont-Dessaignes.

Le placenta présenté provient d'une secondipare accouchée à huit mois et demi d'une fille bien constituée.

Les cotylédons forment deux corps aplatis ressemblant chacun à un placenta de sept à huit mois; ils sont séparés par un intervalle membraneux moins large au centre qu'aux extrémités. Chacun d'eux reçoit une artère et a une grosse veine qui, dans le cordon unique, forme la veine funiculaire.

Le cordon est long de 60 centimètres; il se divise à 5 centimètres du placenta en même temps que les spires cessent et que la gélatine de Wharton disparaît.

Les membranes portent leur ouverture fœtale à l'opposé des attaches du cordon.

Si, dans un cas semblable, pendant la delivrance, le cordon était rompu par des tractions, on serait exposé à abandonner un placenta entier dans l'utérus et l'inspection des membranes ne servirait de rien. D'autre part, on pourrait penser à une grossesse gémellaire et à un infanticide si un crime de ce genre avait été commis, son auteur restant inconnu.

— M. A. Ollivier lit le mémoire suivaut sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles:

Dans un mémoire récent sur un mode de contagion de la vulvo-vaginite des petites filles, non signalé jusqu'à ce jour, le bain en commun, le docteur Suchard (de Lavey) parle de la contagiosité comme d'une notion admise par presque tout le monde. « On connaît, dit-il, la propagation par les draps de lit, les linges, les objets de pansement. »

Cette opinion est loin d'être aussi générale que les deux lignes que je viens de citer permettraient de le croire. Si les caractères cliniques de la vulvo-vaginite des petites filles sont connus, son étiologie l'est beaucoup moins. Les causes énumérées dans la plupart des livres classiques pourraient toutes être rangées sous deux chefs : les irritations mécaniques et les déterminations locales d'une affection générale aiguë ou chronique.

Il n'est peut être qu'un auteur qui précédemment ait parlé en termes formels de la transmission et en ait rapporté des exemples : Pott, dont le travail a paru il y a quelques années dans un recueil allemand consacré aux maladies de l'enfance; encore s'agit-il d'une contagion particulière, probablement fort rare, et dans laquelle la maladie passerait de la mère à la fille. Dans ces conditions, les blennorrhagies vraies comme les leucorrhées symptomatiques de catarrhe utérin ou vaginal pourraient donner lieu par contamination directe à la vulvo-vaginite.

Dans les faits que j'ai l'honneur de signaler à l'Académie, il s'agit de transmission d'enfant à enfant.

Au mois de juillet dernier, il y avait dans la section des dartreuses de la salle Bazin, à l'hôpital des Enfants-Malades, seulement deux petites filles soignées pour un écoulement vulvo-vaginal. Elles restèrent en traitement pendant trois semaines environ sans qu'on pût noter aucun épisode capable d'attirer l'attention; au bout de ce temps, plusieurs autres enfants furent prises d'accidents tout à fait semblables à ceux des deux premières.

Il y eut, en tout, 15 cas dont 1 chez une petite fille de 3 ans; 2 chez des petites filles de 4 ans; 4 chez des petites filles de 5 ans; 4 chez des petites filles de 6 ans; 1 chez des petites filles de 7 ans; 1 chez des petites filles de 9 ans; 1 chez des petites filles de 13 ans.

Cette évolution d'une espèce d'épidémie dans une salle d'hôpital nous conduisit tout naturellement à l'idée de contagion; je suis persuadé aujourd'hui que cette idée était exacte, et que la transmission d'individu à individu, au lieu de rentrer à titre exceptionnel dans l'étiologie de la maladie, est, au contraire, un des facteurs les plus ordinaires.

Je me demandai d'abord si cette contagion était possible, si elle était probable, et, après avoir répondu affirmativement à ces deux questions, je donnai à la thérapeutique la même direction que je lui aurais donnée si la contagiosité eût été depuis longtemps certaine. Le résultat que j'obtins me fut un argument qui est bien près d'avoir une valeur démonstrative.

Une affection se développe dans un milieu hospitalier; on la traite comme une maladie purement individuelle et non transmissible; cependant une épidémie se développe sur place. Au contraire, on admet qu'elle est contagieuse, et on prend le précautions nécessaires pour la protection des sujets sains; tout s'arrête. Il n'est pas nécessaire de faire un grand effort d'imagination pour admettre la seconde hypothèse.

Or, dans les faits que j'ai mentionné :

1° La contagion était possible. Il y avait eu négligence de la part des infirmières; celles qui faisaient le pansement des deux petites filles, les premières atteintes, ne se

lavaient pas les mains, même lorsqu'elles avaient à s'occuper des soins de propreté pour d'autres enfants. Les mêmes éponges servaient à la toilette des deux petites malades et des petites filles saines. Le nettoyage des vases de nuit était insuffisant et on ne prenait aucune précaution pour que le même vase ne servît pas consécutivement à plusieurs. Les lieux d'aisances étaient construits de telle sorte que les petites filles étaient obligées de s'asseoir sur un siège. Inutile de dire qu'un nettoyage suffisant de ce siège n'était pas fait dans le cours de la journée. Toutes ces causes étaient excellentes pour la transmission directe.

2° Cette transmission était probable. A l'entrée des deux enfants, il n'existait pas d'autres cas dans la section des dartreuses, où elles furent admises; les jours qui suivirent immédiatement cette entrée, il n'y eût pas de nouveaux cas; il fallut environ une quinzaine pour que d'autres enfants fussent prises. Il n'était pas possible de songer à une contamination de lit à lit, puisque les premiers cas étaient à une extrémité de la salle, les seconds à une autre. On ne peut non plus parler d'une endémie développée sous l'influence d'une même cause générale. Il n'y avait pas de vulvo-vaginite dans le service avant l'admission des deux enfants; il n'y en eut pas après la mise en vigueur des mesures prophylactiques. Les cas se sont suivis à des intervalles courts, irréguliers, mais appréciables. Dans ces conditions, nous sommes, je crois, autorisé à dire que toutes les probabilités étaient en faveur d'une contamination par les mains des infirmières et les objets servant au nettoyage.

Les mesures prises me fournissent un dernier argument décisif.

Après chaque pansement, les infirmières furent obligées de se laver très soigneusement les mains avec des liquides antiseptiques; au lieu d'éponges, on se servit de coton hydrophile qui fut immédiatement détruit; les mêmes précautions antiseptiques furent prises à l'égard des vases de nuit et des cabinets.

Ces mesures furent mises en vigueur vers le commencement d'août. Or, depuis ce moment, pas un seul cas de vulvo-vaginite ne s'est montré dans le service.

Je crois qu'on peut tirer de ce fait des conclusions pratiques et applicables à tous les milieux dans lesquels se trouvent des enfants en état de réceptivité (crèches, asiles, orphelinats, écoles, etc.)

Resterait, pour être complet, à parler du mécanisme de la transmission et de la nature même du contage. Est-ce une bactérie spécifique? Les accidents, au contraire, sont-ils dus simplement au développement de l'un des nombreux microbes de la suppuration? Il est impossible aujourd'hui de répondre à ces questions. J'essaie de les résoudre au moyen de recherches expérimentales que je poursuis avec la collaboration de M. Luzet, interne de mon service.

— M. Hervieux lit un rapport sur les vaccinations pratiquées en France et dans les possessions françaises de 1887 à 1888, adressé au ministre du commerce.

La commission attire tout spécialement l'attention sur les questions afférentes à cet important sujet.

La vaccination animale a été mise en pratique pour la première fois par Nagri (de Naples), mais c'est à Depaul que l'on doit ses progrès et sa généralisation dans toutes les contrées de l'Europe.

Tous les médecins militaires dans les différents corps d'armée ont procédé chaque année aux vaccinations et aux revaccinations à l'aide du vaccin animal. Tous les médecins sont d'accord pour établir les avantages incontestables de ce mode de vaccination, avantages qui sont très nombreux.

Elle permet de diminuer le nombre des décès par variole dans l'armée. Il s'est rencontré une manière d'association qui s'est chargée de ruiner la vaccine dans l'opinion. Les faits se sont chargés de répondre à ces grévistes d'un nouveau genre puisque l'armée allemande a pu rayer presque entièrement le fléau variolique de ses tables de mortalité. Le nombre des décès par variole dans l'armée française a beaucoup diminué depuis que les vaccinations et revaccinations sont sévèrement pratiquées.

Le vaccin animal se recommande encore par d'autres avantages. M. Hervieux a fait, pendant neuf années, le service des vaccinations à l'Académie et apprécia mieux que

personne la valeur de cet agent prophylactique que l'on appelle le vaccin humain; à ce jour, il a pratiqué 41,202 vaccinations et n'a pas eu un cas de syphilis. Le danger est donc bien minime, cependant le vaccin animal en met complètement à l'abri; de plus, il est très abondant et offre des facilités admirables pour inoculer dans un espace de temps très court de grandes masses de sujets. Une seule bête peut servir pour 1,000 à 1,200 personnes et même 1,600. Cette abondance du vaccin est très utile non seulement dans l'armée, mais encore à la campagne et dans les petites villes. Enfin, une vaste épidémie serait facile à enrayer puisque la production du vaccin animal peut être, en quelque sorte illimitée, 120 à 130 inoculations étant communément pratiquées sur le ventre d'une génisse. La culture du vaccin animal n'est pas à la portée de tous les praticiens, mais un petit nombre de centres vaccinaux seront toujours suffisants, et il est toujours facile de se procurer des sujets partout où il existe des animaux de l'espèce bovine.

Au Tonkin, M. le docteur Hocquard a pu organiser un service de vaccination animale qui a porté ses fruits; il s'est servi des génisses à bosses et a organisé un Institut vaccinal à Hanoï.

Les résultats de la vaccination animale sont supérieurs à ceux obtenus par le vaccin jennérien.

Elle donne autant de boutons que de piqûres simples non scarifiées, sans qu'on ait besoin de toujours recharger la lancette. D'après les divers opérateurs, le chiffre des succès l'emporte généralement sur celui que donne le vaccin humain. Il oscille d'ordinaire entre 97 et 99 p. 100 chez les sujets non vaccinés, et pour les revaccinés de 50 à 70 p. 100.

En comparant la pulpe vaccinale glycérinée avec le vaccin jennérien, l'avantage est en faveur de la première. Il faut, du reste, qu'elle soit employée peu de temps après la récolte, quelques semaines au plus; elle peut aussi s'altérer, se putréfier.

La vaccination animale permet de réaliser une triple économie : de peine, de temps, d'argent.

1° Economie de peine : facilité de se procurer des vaccinifères;

2° Economie de temps : on peut faire un grand nombre d'inoculations en peu de temps. M. Chambon a pratiqué jusqu'à 700 vaccinations en un jour;

3° Economie d'argent : souvent, en payant cher, on était obligé de se contenter de peu de chose, d'enfants malingres ou chétifs, etc. Chaque vaccination militaire revient à un prix très modéré et il est nécessaire d'établir en France comme en Belgique un certain nombre d'instituts destinés à assurer les vaccinations et revaccinations dans l'armée. Du reste, le jour n'est pas loin, M. Hervieux l'espère, où l'on décrétera la vaccination obligatoire.

La différence des résultats obtenus par les deux vaccins tient non pas à une différence de nature, mais à ce que le vaccin de génisse est recueilli plus facilement, en quantité toujours largement suffisante pour la vaccination.

La supériorité de la pulpe vaccinale sur le vaccin jennérien conservé tient aussi à des conditions purement matérielles irréalisables sur l'espèce humaine. Le raclage permet en effet de prendre ce qui dans le bouton vaccinal a la plus grande virulence. Chez l'homme on ne peut recueillir que le liquide qui, il est vrai, se conserve plus longtemps.

Comme accident, on a signalé, mais extrêmement rarement, quelques accidents tels que lymphangites, adénites, etc.; quelques médecins ont eu des accidents phlegmoneux, d'autres du lupus ou des sortes de tubercules cutanés. Le seul point noir est la septicémie que l'on peut rencontrer plus fréquemment avec la pulpe qu'avec le vaccin humain. Ces cas sont cependant fort rares et on peut les éviter en préparant la pulpe antiseptiquement, en ne la conservant jamais plus d'une quinzaine de jours, en évitant de s'en servir pendant les grandes chaleurs.

La tuberculose des veaux est très rare et le vaccin qu'on retirerait d'animaux atteints ne serait pas dangereux.

Lother, Meyer, Ocker, Straus n'ont pas trouvé de bacilles dans la lymphe vaccinale provenant d'hommes tuberculeux et cette lymphe n'était pas infectieuse pour les animaux.

Grâce au supplément de subvention que l'on a bien voulu accorder à l'Académie, on a pu consacrer une séance par semaine à la vaccination animale; bientôt cette séance ne sera plus suffisante. Le service de la vaccine, qui est une des raisons d'être de l'Académie, doit toujours être à la hauteur de l'état actuel de la science, et il retarde à l'heure présente sur les Instituts de France et de l'étranger. Aujourd'hui que l'on est fixé sur la valeur du nouveau vaccin, il n'est plus permis à l'Académie de s'attarder dans la pratique insuffisante des anciens errements. La première Société médicale du monde ne peut faire faillite à sa clientèle; on s'est contenté jusqu'à présent d'une installation très sommaire, et un service aussi important que celui-là doit se suffire à lui-même. Du reste, l'Académie n'a pas l'intention d'abandonner la vaccination jennérienne, et cette dernière occupera toujours une place importante dans le service de l'Académie.

M. Hervieux conclut en priant le ministre du commerce de vouloir bien augmenter le budget de l'Académie de la somme nécessaire à la création d'une étable vaccinogène.

FORMULAIRE

Potions contre l'entérite cholériforme des enfants. — Cayla.

1° Teinture de noix vomique, 3 gouttes; sirop de ratanhia, 15 grammes, sirop de coings, 15 grammes; eau distillée, 40 grammes. — Mêlez.

2° Bromure de potassium, 0 gr. 50 centigr.; Sirop de belladone, 15 grammes; sirop de menthe, 15 grammes; eau distillée, 40 grammes. — Faites dissoudre.

On donne alternativement, d'heure en heure, une cuillerée à café de chacune des deux potions, aux enfants atteints d'entérite cholériforme. — Lait additionné d'eaux de chaux, lavements amidonnés, eau albumineuse pour boisson. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Abolition des hôpitaux de syphilitiques en Italie. — Par décret du 29 mars 1888 sont abolis les hôpitaux de syphilitiques; sont abrogés en même temps les règlements généraux qui les concernent. Des décrets ultérieurs fixeront les conditions dans lesquelles les hôpitaux des provinces et des communes devront aménager des salles où seront traitées les maladies vénériennes.

L'impôt sur les instruments de chirurgie en Amérique. — Les instruments de chirurgie se vendent très cher dans le Nouveau-Monde. En ce moment, une Société médicale fait auprès du gouvernement les demandes nécessaires pour faire disparaître ou diminuer dans de fortes proportions les lourds impôts dont sont chargés les instruments de chirurgie, et tout ce qui, de près ou de loin, a trait à la médecine : médicaments, livres, etc.

La médecine homœopathique a Berlin. — Nous empruntons à la *Pruger med. Wochens.* l'historiette suivante :

Certains médecins homœopathes s'étaient aperçus que nombre de pharmaciens se contentaient, au lieu de se conformer aux prescriptions contenues dans leurs ordonnances, de délivrer aux clients de l'eau alcoolisée additionnée d'une légère quantité de sucre de lait. Ils résolurent de mettre à jour ce manque absolu de scrupules. A cet effet, ils cherchèrent des noms latins brillants et ressemblant de loin aux noms de certains médicaments. C'est ainsi qu'ils firent des ordonnances où se trouvaient prescrits avec de l'aconit, à doses homœopathiques, du *tuber cinereum*; avec de la pulsatille, du *pemphigus foliaceus*, etc. Ces ordonnances furent envoyées aux 89 pharmacies de Berlin. Seules 12 pharmacies refusèrent d'exécuter ces prescriptions fantastiques, ces officines ne tenaient pas de médicaments homœopathiques; 58 livrèrent le fameux *tuber cinereum* à la cinquième dilution; 16 autres délivrèrent de l'*urticaria rubra;* 3 ne reculèrent pas

devant le *pemphigus foliaceus* à la troisième dilution, et les 7 derniers remirent aux clients le *madaroma fraudulentum* (calvitie simulée). Inutile d'ajouter que sur les bouteilles et les paquets brillaient en grosses lettres, sur des étiquettes les plus élégantes, ces noms magnifiques.

Et probablement, c'est ce qu'omet de spécifier la *Prager med. Wochans.*, les malades ont guéri! — Ch. S.

Nominations. — Le docteur Gimeno Cabanas est nommé professeur d'hygiène à Madrid.

— Le docteur da Rocha Faria est appelé à la chaire d'hygiène et de médecine légale de Rio-Janeiro.

— Le docteur Maixner est nommé professeur ordinaire de médecine spéciale pathologique et thérapeutique à l'Université de Prague.

— Le professeur Obolensky passe à la chaire de clinique médicale de Charkow.

Nécrologie. — Le docteur Fatmières, professeur d'ophthalmologie à Bukarest.

— Vient de s'ouvrir à Scheffield une Ecole de médecine pour environ cent étudiants.
Ch. S.

— D'après le *Bristol-Medico-chirurg. Review*, les médecins de la ville de Bristol auraient décidé de se communiquer régulièrement les noms des clients qui ont l'habitude de ne pas payer leur note et de ne soigner ces clients que pour argent comptant. Cette mesure a, dit-on, produit un effet merveilleux, un grand nombre de clients s'étant empressés de payer leurs dettes aux médecins.

Dans le *Lancet* le docteur A. Berthal, à propos de la suppression récente de la loi sur les maladies contagieuses (contagious diseases act) se prononce en faveur de l'examen obligatoire des hommes comme moyen de prévenir la diffusion des maladies vénériennes. D'après lui tout homme « qui a des habitudes immorales » (!) devrait posséder un certificat médical, renouvelé tous les trois jours, et attestant qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

Les femmes auraient le droit d'exiger ce certificat avant... ce que l'on devine, et, en son absence, le droit d'appeler la police. Dans ce cas, l'homme serait condamné à une amende de 125 fr., dont moitié reviendrait à la femme (!). Enfin, tout homme atteint de maladie vénérienne devrait être interné dans un hôpital jusqu'à sa complète guérison.
(*Bull. méd.*).

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — M. le professeur Tourdes est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le professeur Imbert-Goubeyre est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique.

M. le docteur Roux est nommé professeur de thérapeutique.

M. le docteur Fallot est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

Ecole de médecine navale. — Dorénavant les candidats devront justifier du baccalauréat ès lettres et ès sciences restreint, pour la médecine ; et du baccalauréat ès sciences complet, pour la pharmacie.

S'ils n'ont pas d'études antérieures dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine, ils devront compter au plus vingt-trois ans d'âge dans le cours de l'année de leur inscription.

Au conseil d'hygiène. — A la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. Goubaux a donné lecture d'un rapport concluant à la nécessité pour l'administration d'inviter les municipalités des communes suburbaines à créer, dans un bref délai, des abattoirs publics, de façon à faire disparaître les tueries particulières des bouchers et des charcutiers. Ce rapport a été adopté.

A la suite de plusieurs cas de *nécrose phosphorée* qui se sont produits dans le personnel employé à la fabrication des allumettes chimiques, M. Brouardel a été prié d'indiquer les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire pour empêcher le retour de ces accidents.

Sur la proposition de M. Brouardel, et après des observations de MM. Rochard, baron Larrey, Linder, Riche, Troost, Lancereaux et Lépine, le Conseil émet l'avis qu'il y a lieu de faire examiner tous les mois, par un dentiste, les dents des ouvriers fabriquant les allumettes chimiques, tant qu'on n'aura pas substitué le phosphore amorphe au phosphore blanc, ce qui serait à tous les points de vue très désirable.

M. Brouardel fait connaître que les vapeurs d'essence de térébenthine sont employées dans les fabriques d'allumettes, comme moyen prophylactique de la nécrose phosphorée, et il demande au Conseil quelle est la valeur de ce procédé.

MM. Péligot et Lancereaux ne sont pas persuadés de l'efficacité des vapeurs de térébenthine comme moyen prophylactique, bien que l'essence de térébenthine soit employée avec succès contre l'intoxication phosphorée.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il serait bon de faire des expérieuces.

Le Conseil charge MM. Brouardel, Troost, Lancereaux, Trélat, Riche et Péligot de l'examen de cette question.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guieysse, médecin du chemin de fer du Nord, et Quiquandon (de Vernet-la-Varenne).

Utilisation de l'azote atmosphérique pour l'alimentation. — M. le docteur Charles Marcel, à la réunion de la Société médicale de la Suisse romande organisée à Ouchy, a offert un prix de 1,000 fr. pour être distribué au meilleur travail sur l'utilisation de l'azote atmosphérique dans l'alimentation.

— Le nombre des élèves pouvant être admis comme étudiants de première année étant limité à 250 à la Faculté de médecine de Moscou et le nombre de jeunes gens qui se sont présentés ces jours-ci pour l'admission à ladite Faculté ayant dépassé considérablement le chiffre indiqué, beaucoup de candidats, parmi les retardataires, ont été forcés de s'inscrire dans les autres Facultés. La *Rousskaia Medicina*, à laquelle nous empruntons ces renseignements, y ajoute cette réflexion qui caractérise bien la position des médecins en Russie : « Ainsi, dit ce journal, malgré la triste existence à laquelle sont condamnés les médecins russes, notre jeunesse scolaire préfère quand même la profession de médecin à toutes les autres carrières libérales. » (*Bull. méd.*).

— Un concours s'ouvrira le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne pour la nomination à huit places vacantes d'interne titulaire en médecine, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre inclusivement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Malgré l'intérêt des communications faites à l'Académie de médecine à la dernière séance par MM. Guéniot, A. Ollivier et Hervieux, fauteuils et banquettes étaient presque vides.

Un seul fœtus avec deux placentas et deux cordons distincts, c'est chose rare, et la médecine légale pourrait être appelée à intervenir en pareil cas, si, par exemple, un médecin, arrivant après l'accouchement et la sortie d'un seul des placentas, trouvait dans la matrice un autre placenta complet et un cordon rompu. Il pourrait, en effet, penser qu'il doit y avoir un second enfant, et, comme il serait impossible de le lui présenter, qu'on l'a fait disparaître. Il est donc bon d'être prévenu que pareille éventualité peut survenir.

Voici la vulvo-vaginite des petites filles définitivement classée parmi les affections contagieuses, d'après ce qui vient de se passer dans le service de M. Ollier. Deux petites filles atteintes de cette affection entrent dans ce service; ce sont les seules; trois semaines après, quinze autres enfants sont successivement prises de la même affection. On cherche la cause de cette sorte d'épidémie, on interroge les infirmières; on apprend que les

FEUILLETON

CAUSERIE

Dangers des entrefilets rédigés par des reporters trop pressés. — L'antisepsie des ongles. — Clients bornés et médecins trop concis. — Le président de la République à Lyon. — Varia.

Il arrive parfois, souvent même, qu'un journal quelconque publie dans ses colonnes un bruit faux, mais désagréable, sur quelqu'un. Ce quelqu'un proteste, et quelques jours après, dans un autre numéro du même journal, paraît la protestation, avec ou sans excuses du rédacteur « dont la bonne foi ou la crédulité a été surprise ». Et tout est dit.

Tout, non, et il s'en faut de beaucoup. Pour que tout fût dit, il faudrait que toutes les personnes qui ont lu le premier article lussent le second, ce qui n'est pas; et encore, bon nombre de celles qui ont lu l'attaque et la riposte, sont loin de donner raison à l'attaqué. Tout mauvais cas est niable, dit-on. Qui nous dit que la vérité est du côté de elui qui proteste? Il n'y a pas de fumée sans feu, ete.

Ces réflexions me sont venues à l'esprit à propos d'un fait de ce genre dans lequel l'attaqué a été un de nos excellents confrères, exerçant dans un quartier populeux de Paris.

mêmes éponges ont servi à la toilette de toutes ces fillettes, que les infirmières ne se sont pas lavé les mains, que les vases de nuit, que les cabinets d'aisance, sur lesquels il faut s'asseoir, ne sont nettoyés qu'une fois par jour et insuffisamment : M. Ollivier en conclut que là sont les causes du mal et la conduite qu'il fait adopter confirme son hypothèse : pour la toilette des enfants, on se servit de tampons d'ouate hydrophile, qui furent immédiatement détruits, on obligea les infirmières à se laver les mains dans un liquide antiseptique après chaque pansement, et les mêmes précautions antiseptique furent prises à l'égard des vases de nuit et des cabinets. Résultat : depuis ce moment, pas un seul cas de vulvo-vaginite ne s'est montré dans le service. C'est assez démonstratif. Mais puisque l'affection est contagieuse, où est le microbe? Comment se transmet-il? C'est ce que M. Ollivier et son interne recherchent maintenant par la voie de la méthode expérimentale.

Il y a quelques semaines, M. le professeur Proust attirait l'attention, à l'aide de nombreux chiffres, sur les bénéfices que l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre avaient tiré de la vaccination obligatoire. En France, on est encore réfractaire à l'idée qu'il faut décréter l'urgence de cette mesure, mais tout semble faire supposer que le gouvernement français est disposé à suivre l'exemple de nos voisins. Le rapport de M. Hervieux ne pourra que l'affermir dans ces bonnes dispositions. Les vaccinations pratiquées dans l'armée ont déjà démontré leur utilité par la diminution de la mortalité pour cause de variole. Mais quel vaccin choisir? Le vaccin animal, répond M. Hervieux, qui en énumère les nombreux avantages : il est facile de se le procurer, de le rendre aseptique, il est bon marché; les dangers qu'on lui attribue, la propagation de la tuberculose, par exemple, sont chimériques, car les veaux sont rarement tuberculeux, et la tuberculose n'a jamais été transmise expérimentalement par la lymphe vaccinale. Il faut donc souhaiter que le service de la vaccination animale soit institué bientôt à Paris et dans les grandes villes de France et de nos colonies.

L.-H. P.

« Une honnête mère de famille, domiciliée rue d'Allemagne, se trouvant sans travail et ne pouvant plus subvenir aux besoins de son fils, âgé de 10 ans, résolut de se suicider avec son enfant. Elle fit part de son projet à son fils, qui y consentit. Sous la dictée de sa mère, l'enfant écrivit deux lettres, dont l'une était adressée à sa grand'mère et dont l'autre était destinée à la personne qui, la première, les retrouverait. Par cette deuxième lettre, Mme B..., annonçant son projet de suicide, demandait qu'on vendît ses meubles et qu'au moyen du produit de cette vente on désintéressât le propriétaire auquel elle devait un terme. Cette lettre disait, en outre, que les 4 fr. 50 contenus dans une porte-monnaie posé sur une table voisine étaient destinés à l'achat d'une couronne mortuaire pour l'enfant.

Ces dispositions prises, un réchaud ayant été allumé dans l'appartement et les ouvertures étant soigneusement closes, la mère et le fils se couchèrent l'un près de l'autre.

Le lendemain matin, les voisins inquiets ouvrirent la porte du petit logement, et ils trouvèrent Mme B... et son fils inanimés dans leur lit. Un médecin fut aussitôt appelé. Mais celui-ci se borna à déclarer qu'ils étaient perdus, et il s'éloigna non sans avoir pris, paraît-il, les 4 fr. 50 cent. dans le porte-monnaie, et en laissant à d'autres le soin de soigner les malades.

Heureusement que le service des ambulances urbaines arrivait bientôt contenant un interne, M. Boudaille, et plusieurs ballons d'oxygène destinés à pratiquer la respiration artificielle. M. Boudaille se mettait énergiquement à l'œuvre, et, après trois heures de soins dévoués, il réussissait à rétablir la respiration. Mme B... et son fils étaient alors

Discussion sur l'amputation partielle du col de l'utérus.

(*Société de chirurgie, 24 octobre 1888.*)

En prenant la défense des amputations partielles de l'utérus contre l'hystérectomie vaginale, M. Verneuil s'est proposé d'établir que ces opérations, plus simples et plus bénignes que l'ablation totale, sont en même temps d'une égale efficacité. C'est là le point à éclaircir. Car, s'il était prouvé dès maintenant que l'ablation totale a de meilleurs résultats éloignés que les opérations parcimonieuses, vous reconnaîtriez que des chirurgiens exercés, bien aidés et en possession d'un bon outillage, ont le droit de choisir, contre une maladie fatalement mortelle, l'opération la plus ardue.

Les amputations restreintes sont-elles donc aussi efficaces que l'ablation totale? Et, pour qu'il n'y ait pas de malentendu, je demande à préciser davantage : Les amputations restreintes ont-elles autant de chances de donner la *guérison radicale?* Tel est, selon moi, le véritable terrain de la discussion. Si, depuis quelques années, nous pratiquons avec persévérance l'hystérectomie vaginale et cherchons à la rendre meilleure, c'est parce que nous espérons obtenir par elle un plus grand nombre de guérisons définitives. Si elle ne devait fournir que des résultats palliatifs, je préférerais, pour ma part, l'intervention la plus simple, et je me rangerais à l'avis de M. Verneuil.

L'analyse des faits de notre excellent maître ne paraît pas encore, à ce point de vue, très démonstrative. M. Verneuil me pardonnera si je fais quelque erreur de chiffres, n'ayant pas eu sous les yeux le texte même de son discours.

Je lis dans son travail des *Archives de médecine,* en 1884, qu'il avait opéré alors 17 cancéreuses. Sur ce nombre, il y avait 1 malade guérie depuis quelques mois, 5 malades perdues de vue, et 11 récidives immédiates. La première est guérie aujourd'hui depuis cinq ans, et je n'hésite pas à la compter comme une guérison définitive. Sur les 5 malades perdues de

---

transportés dans la voiture des ambulances urbaines et de là à l'hôpital Saint-Louis. L'état des deux malades est actuellement satisfaisant. »

Il est certain qu'après avoir lu cela, si on est disposé à accorder des éloges à M. Boudaille et aux ambulances urbaines, on est animé de dispositions tout à fait contraires vis-à-vis du médecin qui, sans porter secours aux asphyxiés, s'en va, non sans avoir visité le porte-monnaie et pris les 4 fr. 50 qu'il contenait. En voilà une canaille!

Eh bien, pas du tout. Le médecin incriminé, dont heureusement on ne disait pas le nom, a protesté, et s'est fait connaître. Renseignements pris, le même journal insère la note suivante :

« M. le docteur G... déclare avoir soigné, durant une heure et demie, les deux malades qu'il n'a quittés que pour aller prévenir le service des ambulances urbaines.

« Quant à la somme de 4 fr. 50 qu'il a reçue de la concierge, M. G... ne l'aurait certainement pas acceptée, s'il avait connu la misère de ces pauvres gens.

« L'affaire, on le voit, avait été singulièrement dénaturée; aussi, en la racontant avec tous les ménagements possibles, nous étions-nous abstenus de nommer le docteur auquel on prêtait un rôle si peu en rapport avec les habitudes de bienfaisance et de dévouement de notre corps médical parisien. »

Tout est bien qui finit bien; mais il eût encore mieux valu ne pas commencer et ne pas raconter un fait dont on n'était pas sûr.

***

La guerre entre les médecins anglais et allemands est de plus en plus acharnée. Ce

vue, 2 ont disparu, bien portantes, après trois ans; voilà une survie qui ressemble bien à une guérison, mais, à la rigueur, nous n'en savons rien. Depuis cette époque, M. Verneuil a opéré 5 nouvelles cancéreuses; elles sont toutes vivantes, mais 3 sont en état de récidive, 2 sont encore récentes, et M. Verneuil dit de ces dernières que la récidive surviendra probablement. Donc, sur ce total de 22 cas, il y a 14 récidives, 5 malades disparues sur lesquelles on ne peut rien affirmer, 2 opérées encore trop récentes pour qu'elles puissent entrer en ligne de compte, et une seule guérison bien authentique persistant depuis cinq ans. Je ne dis pas que ces résultats soient mauvais, mais ils ne mettent pas en pleine lumière la valeur curative des opérations parcimonieuses.

Aussi bien, M. Verneuil semble renoncer d'avance à la cure radicale. Ce qu'il cherche avant tout, c'est la survie moyenne de ses opérées. Ainsi, en 1884, il avait une survie moyenne de dix-neuf mois; un peu plus tard, cette moyenne atteignait vingt-trois mois, mais une malade avait récidivé dans l'intervalle et était morte. Pour M. Verneuil, la statistique était devenue meilleure; pour moi, elle comptait un échec de plus. C'est que M. Verneuil s'intéresse surtout à la durée des résultats palliatifs; moi, je cherche la fréquence relative des guérisons radicales. Je ne trouve pas très important de savoir si la malade, une fois en possession de sa récidive, a traîné quelques semaines ou plusieurs mois, car la marche plus ou moins rapide de la repullulation ne dépend pas de l'opération qu'on a faite. Ce qui m'intéresse le plus, c'est savoir dans quelle mesure cette récidive est inévitable.

L'observation répond qu'après les opérations partielles, surtout après l'amputation sous-vaginale, la récidive est de règle à peu près constante; et trop souvent l'examen de la pièce anatomique donne l'explication du fait, en montrant que la section du col a porté sur des traînées de cellules cancéreuses qui s'insinuent entre les fibres musculaires et dépassent le champ opératoire. La récidive est le plus souvent rapide; le plus souvent aussi, elle porte sur le moignon utérin. Je n'ignore pas qu'elle peut se montrer à

---

qui est certain c'est que si les Anglais ne sont pas aimés à Berlin, les Allemands ne sont pas goûtés à Londres.

Lawson Tait, le gynécologue anglais, dit que le temps que l'on dépense à apprendre l'allemand est une perte sèche.

Il rapporte le fait significatif suivant : « Un très célèbre chirurgien allemand me harcelait de questions au sujet de mes succès exceptionnels en chirurgie abdominale. J'évitais autant que possible de répondre directement à ses obsessions lorsque, poussé au pied du mur, je répliquai que je donnais une grande attention à la propreté de mes ongles.

Le chirurgien regarda ses ongles et me tourna le dos; je ne le revis plus. Je ne sais s'il est devenu plus sage, mais il ne pouvait être plus furieux. Depuis, je ne vois plus de visiteurs allemands; par contre, la presse médicale allemande m'honore d'attaques continuelles.

*
* *

J'ai raconté autrefois une mésaventure qui m'est arrivée à la campagne, où une brave femme dont je soignais le mari atteint d'une pleurésie lui avait mis sur le dos en guise de vésicatoire la feuille de papier sur laquelle j'avais tracé la forme et les dimensions de cet emplâtre.

Après plusieurs années d'intervalle, cette aventure que j'ai racontée ici même, revient dans les journaux sous la forme suivante :

distance, et qu'alors une opération plus étendue n'aurait pas mieux réussi. Mais toutes les fois qu'elle a pour siége le moignon, j'ai le droit de penser qu'on aurait eu de meilleures chances de guérison par une ablation totale.

J'accorde volontiers qu'il y a une forme de cancer pour laquelle l'ablation totale ne vaut guère mieux que l'amputation limitée : c'est le cancer en choufleur de la portion vaginale du col. On a dit avec raison qu'il est bien souvent impossible de faire une distinction tranchée entre les cancers intra-cervicaux et ceux de la portion vaginale; il arrive cependant qu'on observe l'épithéliome assez près de son début pour distinguer nettement son point d'origine. Or, pour cette forme qui gagne lentement dans l'épaisseur du col et rapidement vers le cul-de-sac — je l'ai dit au dernier Congrès de chirurgie — peut-être fait-on aussi bien de pratiquer une sus-vaginale avec large résection des culs-de-sac, que d'enlever l'utérus en totalité. Seulement, quelle est la fréquence de cette forme? Elle est très restreinte, si j'en crois une observation, car deux fois seulement j'ai eu l'occasion d'opérer un cancer ayant son point d'implantation sur la face externe du col et ne pénétrant pas notablement dans son épaisseur. Pour les cancers intra-cervicaux, ceux qui remontent plus ou moins haut vers la cavité utérine, il est impossible de reconnaître, avant l'opération, quelle hauteur ils atteignent; de telle sorte que, par une opération parcimonieuse, on s'expose toujours à rester au-dessous des limites du néoplasme.

En tous cas, si j'adoptais pour certaines formes une amputation partielle ce serait à la condition de ne pas m'en tenir à la sous-vaginale avec l'écraseur, mais de faire une sus-vaginale très complète, en dégageant au bistouri le segment inférieur de l'utérus et coupant le plus haut possible. C'est une opération un peu plus difficile, sans doute, que la simple amputation du museau de tanche, mais dont les suites sont aussi d'une grande simplicité, et dont les chances de succès sont meilleures.

Voici maintenant les faits personnels sur lesquels je m'appuie, faute de mieux, pour espérer que les guérisons définitives, par l'hystérectomie vaginale, seront un jour démontrées et plus nombreuses. Sur mes opérées de

---

Nos clients sont parfois nos victimes, et quelques-uns de nos confrères ont le tort de ne pas toujours mettre les points sur les *i*.

Voici un exemple à l'appui de notre assertion :

Une femme vient à la consultation du docteur B..., médecin d'une administration importante. La salle d'attente regorge. Notre confrère est pressé. La femme se plaint d'un point de côté sous le sein gauche. B... ausculte et n'entend rien d'anormal.

Il se hâte d'écrire sur un morceau de papier rectangulaire : emplâtre de thapsia de 4 pouces carrés, et remettant son ordonnance à la patiente, lui dit : « Vous mettrez cela sur votre point de côté, et si dans trois jours vous n'êtes point soulagée, vous viendrez me retrouver. »

Au jour dit, la femme arrive et se plaint de plus belle : « Vous avez bien appliqué ce que je vous ai donné », demande B... « Certainement, je le porte encore. » — « Montrez. »

Mme X... se déshabille, et à son médecin, stupéfait, fait voir consciencieusement appliqué sur la poitrine... Quoi? Le papier même sur lequel étaient encore lisibles les mots : Emplâtre de thapsia, etc., etc.

Avis aux papetiers. Ne pourraient-ils pas ajouter un peu d'huile de croton à leur pâte?

*
* *

La visite de M. le Président de la République aux Facultés de Lyon a fait beaucoup

cancer utérin par l'ablation totale, j'ai maintenant 15 malades guéries de l'opération. Sur les 15, il y en a 2 que j'ai opérées à tort et faute d'un diagnostic suffisant, pour un cancer déjà propagé aux ligaments larges; elles sont mortes, non d'une récidive, mais de la continuation pure et simple de leur mal; je les mets à part. Restent 13 malades, qui se décomposent ainsi: 7 guéries depuis 25, 23, 18, 14, 4 et demi et 3 mois; 6 récidivées. Cette proportion serait fort belle, si elle devait durer; mais les deux dernières opérées sont trop récentes pour qu'on puisse rien en conclure, et aucune des autres n'est encore assez ancienne pour être absolument à l'abri de la récidive. Mes chiffres ont l'air, jusqu'ici, d'être plus heureux que ceux de M. Verneuil, qui a 14 récidives, 3 guérisons actuelles dont 2 récentes et 5 guérisons possibles (malades perdues de vue); mais les faits que je présente ne sont pas assez vieux, je le reconnais, pour avoir une valeur démonstrative.

Je conclurai donc en disant que je ne puis rien démontrer; cela va sans dire, et nous en sommes tous là. Mais que devons-nous espérer dans l'avenir? Probablement, nous n'aurons jamais de résultats bien comparables entre eux dans des cas en apparence identiques. Il y aura toujours des cancers à évolution rapide, à récidive prompte après des opérations qui nous semblaient radicales; d'autres, plus lents à leur début, et pouvant rester guéris longtemps ou même toujours après une intervention plus timide. Néanmoins, pour des cancers supposés de même allure et de même gravité, nous avons le droit de compter davantage sur l'opération qui poursuit le plus loin les germes de récidive. Voilà ce que nous croyons pouvoir démontrer à la condition d'attendre encore. Mais, pour en arriver là, il faut bien continuer à mettre à l'épreuve l'opération qui nous paraît la plus rationnelle; c'est en nous attachant à la faire comme nous ne l'avons pas toujours faite à nos débuts, c'est-à-dire dans les cancers bien limités où elle a de vraies chances de succès, que nous pourrons un jour établir sa valeur en toute connaissance de cause.

L.-G. Richelot.

---

d'heureux, ainsi que le constate M. le professeur Lépine dans le *Lyon médical*. Mais il subsiste néanmoins quelques *desiderata* qu'exprime M. Lépine.

« Quant aux distinctions accordées par le gouvernement à l'occasion du voyage de M. le Président, dit-il, nous éprouvons une satisfaction bien légitime. La croix de commandeur revenait naturellement à notre éminent collègue, au créateur de la Faculté de médecine de Lyon, et celle de chevalier à notre ami le docteur Rebatel, notre plus ferme appui au Conseil général. Elle était également due à notre collègue et ami L. Tripier, qui a organisé à Lyon un enseignement modèle pour la médecine opératoire et a su réaliser dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu une antisepsie parfaite. Ajoutons, pour dire ici toute notre pensée, qu'il en est d'autres qui eussent été également bien accueillies! On eût été heureux de la promotion dans la Légion d'honneur de notre doyen, dont la croix de chevalier a été méritée par des travaux scientifiques antérieurs à la fondation de la Faculté de médecine, et dont on n'a pas encore récompensé les dix années consacrées aux soins pénibles de l'administration de la Faculté.

« On attendait aussi d'autres promotions, notamment celle du savant président du Conseil d'hygiène, on eût applaudi à la décoration de notre collègue Cazeneuve, grièvement blessé au poste de combat, et à bien d'autres, car on est insatiable pour ses amis, quand on sait qu'ils sont méritants. Heureusement que tout vient à point à qui sait attendre. »

Assurément, ces désirs sont des plus légitimes, et nous les reproduisons, dans l'espoir qu'ils seront entendus et satisfaits. A force de frapper sur un clou, on l'enfonce,

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude de la tuberculose aigue des articulations (hydarthrose tuberculeuse aiguë), par le docteur Rosendo Chamorro. — Paris, G. Steinheil. 1888.

Cette thèse, passée sous la présidence du professeur Trélat et inspirée de ses idées, conclut qu'à côté des formes chroniques de la tuberculose articulaire qui sont la règle, il existe des formes aiguës dont l'une, à laquelle l'auteur donne le nom d'hydarthrose tuberculeuse aiguë, présente tous les signes d'une arthrite aiguë avec épanchement.

Quand on ouvre l'articulation, on trouve comme lésion un semis de granulations abondant à la face interne de la synoviale. Cette forme d'arthropathie tuberculeuse est presque toujours secondaire et se montre de préférence chez des sujets atteints de tuberculose du squelette.

Elle peut guérir, mais il est plus fréquent de la voir se transformer en tumeur blanche, de sorte qu'on a pu dire d'elle qu'elle est une phase (de début) plutôt qu'une forme de la tuberculose articulaire. — P. L. G.

Exploration des uretères, par le docteur Fern. Perez. — G. Steinheil. 1888.

M. le docteur Perez est un élève du professeur Guyon, dans le service duquel ont été prises les observations sur lesquelles sont basées les conclusions suivantes :

L'uretère est accessible à l'exploration : dans son trajet abdominal, par le palper; dans son trajet pelvien, par le toucher rectal chez l'homme, par le toucher vaginal chez la femme.

Le cathétérisme de l'uretère chez la femme indiqué par Pawlick est une excellente opération, mais dont l'exécution est souvent aléatoire, et il ne doit être pratiqué qu'après une exploration négative par le palper et par le toucher.

Le palper et le toucher, permettant de constater l'augmentation de volume de l'uretère, ou l'existence d'une douleur localisée sur son trajet, suffisent pour affirmer que le rein correspondant est malade.

L'uretère peut être comprimé chez l'homme et chez la femme au niveau du détroit supérieur.

Chez l'homme, le cathétérisme, exigeant l'incision préalable de la vessie, ne sera jamais pratiqué.

---

même quand il entre par la tête, et nous avons la ferme conviction que celui-ci entrera par la pointe.

*
**

Un magistrat espagnol, courroucé de l'audace des nombreux industriels qui falsifient les substances alimentaires, a décidé que toutes les substances reconnues falsifiées seraient « immédiatement confisquées et... distribuées aux institutions charitables. » Ce magistrat m'étonne. Si les substances sont falsifiées, sont nuisibles, puisqu'il les confisque, pourquoi veut-il en faire profiter les malheureux sous prétexte de charité? *Primo non nocere*, Monsieur! Je voudrais bien savoir ce que ferait cet ingénieux magistrat s'il était à Paris, cette moderne Babylone où, d'après un journal américain, l'on ramasse les excréments de chien (sauf votre respect) pour en faire des peptones et des poudres d'extrait de viande? A qui ferait-il prendre ces peptones?

*
**

Ce que c'est que l'imagination! J'ai vu un jour, à Lariboisière, un infirmier facétieux endormir tous les malades de sa salle avec des pilules *micæ panis* qu'il avait mises dans une boite ayant contenu des pilules d'extrait thébaïque et qu'il donna comme telles. Un médecin de la Nouvelle-Orléans a voulu voir jusqu'où pouvaient aller les effets de l'imagination, et, pour ce faire, a administré à 100 malades une potion d'eau sucrée. Un quart d'heure après, il revient, l'air fort agité, et dit qu'il a, par erreur, administré une

M. Fern. Perez, dont nous avons pu apprécier le zèle et l'intelligence dans plusieurs services des hôpitaux, a dignement couronné ses études par cette sérieuse dissertation inaugurale. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1888. — Présidence de M. E.-R. Perrin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels : *Mémoires de la Société de médecine de Gannat*, 42e année; — *Annaes da Acad. de medicina de Rio-Janeiro*, III, 1887-1888; — *Boletin da Sociedade de medicina e cirurgia de Rio-Janeiro*, anno III, junho, n° 6 *bis*; — *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. VII, n° 12 et t. VIII, nos 1, 2, 3; — *Programme du Congrès des Soc. savantes en 1889.*

— M. le Président communique une lettre de M. de Ranse, qui, retenu par les soins de sa santé, s'excuse de ne pouvoir assister aux premières séances de la Société.

— M. Polaillon fait part de l'accident arrivé à M. Blondeau, membre honoraire et ancien président de la Société. Notre honorable confrère a fait une chute de voiture qui a déterminé une fracture du col du fémur, en pleine voie de guérison. La Société charge M. Polaillon d'exprimer à M. Blondeau ses sentiments d'affectueuse sympathie et ses souhaits de prompt rétablisement.

— M. Trousseau offre une brochure intitulée : *Gommes de la conjonctive palpébrale*, extrait des *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie.*

— M. Dubuc offre à la Société deux brochures : *Péritonite mortelle survenue chez un vieillard atteint de rétention chronique d'urine, etc.*, et *Rétrécissement de l'urèthre compliqué d'accidents généraux graves.*

— M. Luc fait hommage de la deuxième édition de son livre intitulé : *La maladie de l'empereur Frédéric III*; c'est la traduction intégrale des rapports officiels des médecins allemands.

---

forte dose d'un émétique quelconque et qu'il faut préparer de suite ce que l'on sait. Sur les 100 malades, 80 sont pris de vomissements, et il est à noter que la plupart des 80 étaient des hommes, alors que les 20 rebelles étaient presque tous des femmes. Notez de même que mon infirmier avait opéré sur une salle d'hommes.

***

Les journaux de toute nuance font en ce moment grand bruit au sujet des meurtres commis à Londres sur des femmes et dont la police anglaise est jusqu'à présent incapable de trouver le ou les auteurs.

Une enquête relative au meurtre de quatre femmes qui furent trouvées éventrées a permis de faire cette constatation que les entrailles de la victime avaient été enlevées par une main manifestement exercée aux pratiques anatomiques; la justice anglaise est d'avis que l'assassin n'est nullement un fou, mais un homme qui a tué simplement pour s'emparer des organes disparus et les vendre. On a été conduit à cette indication étrange par la connaissance d'un fait également des plus singuliers. Il existerait, paraît-il, un marché pour la vente des organes abdominaux féminins. Le sous-directeur d'un musée de pathologie anglais a fait savoir qu'il y a quelques mois un Américain était venu le trouver et l'avait prié de lui procurer un certain nombre des organes en question; il offrait de les payer 500 francs. Son but était de pouvoir livrer ces pièces anatomiques préparées dans de la glycérine, en supplément de chaque exemplaire d'un ouvrage mé-

— M. le Président annonce à la Société que MM. Trousseau et Abadie, membres titulaires, viennent d'être nommés médecins de l'hospice des Quinze-Vingts.

— M. Wickham donne lecture d'un mémoire : *Sur l'emploi thérapeutique du strophanthus*, envoyé par M. le docteur Moncorvo, de Rio-Janeiro, membre correspondant étranger. (Renvoi au comité de publication.)

— M. Desnos communique une observation intitulée : *Phlegmon périprostatique; foyer anormal de suppuration.* (Sera publiée.)

— M. Dubuc fait remarquer que, dans les cas où l'abcès est facilement accessible par le rectum, on ne se résigne pas facilement à ouvrir le périnée, quoiqu'il y ait à redouter des accidents d'hémorrhagie et d'infection.

Election d'un secrétaire en remplacement de M. Larroque. — M. Trousseau est élu à l'unanimité des membres présents.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement de l'avortement. — P. Bar.

Dans le cas d'un avortement des 8 premières semaines, l'indication essentielle consiste à lutter contre l'hémorrhagie. Prend-elle des proportions inquiétantes? Deux moyens sont indiqués : 1° Les injections d'eau chaude, 2° le tamponnement vaginal. — Les injections se font avec une solution boriquée de 1 sur 100 à 4 sur 100, à la température de 43 à 44 degrés. Quant au tamponnement, on le pratique avec des bourdonnets de ouate hydrophide, imbibés d'une solution de sublimé à 1/2000 ou 1/3000. On enlève le tampon au bout de 12 heures, sauf à le replacer ensuite, et on fait une injection vaginale chaude. — Si l'œuf n'a pas été expulsé, qu'il survienne un écoulement lochial fétide et de la fièvre, on a recours aux injections intra-utérines. — S'il existe seulement des lochies fétides, on se contente de faire, toutes les 12 heures, une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1/4000. Chaque injection est faite avec deux litres de cette solution. — On pratique une injection toutes les deux heures, s'il existe de la fièvre. On se sert alors de solutions faibles, et on fait passer une quantité de liquide plus abon-

dical qu'il allait publier en Amérique. Cette requête extraordinaire fut naturellement rejetée, mais elle aurait été, depuis, renouvelée près d'un autre institut d'anatomie.

*
**

La manie de collectionner les pièces anatomiques, les fœtus en particulier, a encore d'autres dangers.

Certains étudiants aiment à collectionner des fœtus; de toutes les collections, c'est la plus dangereuse. En effet, lorsque vous vous mariez, ne voulant pas accorder un pareil cadeau à votre femme, vous jetez les pièces dans les fosses d'aisances, et le jour où elles seront trouvées par les employés de la Compagnie Richer, vous ne pourrez peut-être pas établir que vous n'avez pas violé les lois sur l'inhumation.

C'est ce qui est arrivé, il y a deux ans, à un ancien interne au moment où il était en pourparlers matrimoniaux. Jamais le mariage n'a pu être renoué, et il a fallu avoir affaire à un juge d'instruction très parisien pour que l'incident n'eût pas de suites.

Simplissime.

dante dans l'utérus. Enfin si les accidents sont graves et que l'on constate des phénomènes de résorption, on a recours aux injections intra-utérines prolongées, d'abord avec de l'eau tiède stérilisée, puis avec une solution de sublimé à 1/2000 ou 1/4000. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Menstruation régulière a 2 ans. — Le docteur Diamant décrit, dans la « Internat. Klin. Rundschau », le cas d'une petite fille qui a été réglée à l'âge de 2 ans. La menstruation avait lieu régulièrement tous les mois, et durait chaque fois cinq jours.

Vers le douzième mois de son existence, l'enfant, qui est née en 1882, avait déjà toutes ses dents. En 1886, elle pesait 59 livres. Maintenant, c'est-à-dire à 6 ans, elle pèse 79 livres. Elle est robuste; la tête et les extrémités supérieures sont conformées comme chez les enfants de son âge, tandis que les extrémités inférieures, surtout les régions lombaires, fessières et les cuisses, présentent un développement qui ne s'observe que chez les sujets pubères. Les seins sont développés, et le pubis, ainsi que les fosse axillaires, sont garnis de poils.

L'enfant a une voix de basse.

Depuis janvier 1888, les règles ne viennent plus, mais, à chaque période menstruelle, l'enfant est prise d'accès épileptiformes dont le nombre augmente chaque mois.

Exécutions judiciaires. — On ne semble pas s'être occupé sérieusement de la question de la pendaison, dit M. John Marshall, dans une étude sur ce sujet, avant 1875, époque à laquelle M. Haugton fit connaître ses fameuses tables réglant la hauteur de la chute d'après les poids des criminels. Jusqu'alors la chute d'une hauteur élevée (jusqu'à 17 pieds, 5 mètres) était en usage en Irlande, tandis qu'en Angleterre le bourreau Calcrafh n'admettait pas une chute de plus de trois pieds (90 centimètres).

En 1874 Marwood succéda à Calcrafh ; il remit en honneur la grande chute, guidé, probablement, par les tables de Haughton.

A côté de cette question de hauteur dans la chute, il existe dans les exécutions un point tout aussi important : c'est la manière de placer le nœud de la corde. On le met généralement derrière la tête, sous l'occipital, ou sur le côté, au-dessous de l'oreille. Et cependant, de l'avis des experts, c'est le nœud placé sous le menton qui amène la mort dans le plus bref délai par suffocation. C'est le système que propose M. John Marshall. Le pendu, jeté d'une hauteur de quelques pieds, meurt rapidement asphyxié ; il se fait souvent une fracture de la colonne vertébrale, mais jamais de ces décapitations effrayantes comme c'est la règle quand on précipite le condamné de très haut.

M. Marshall cite à l'appui de la thèse qu'il défend les attestations de nombreux chirurgiens, et plusieurs pendaisons pratiquées avec le nœud sous le menton. Il a même inventé un appareil, une espèce de mentonnière, qui rend la mort plus rapide. Néanmoins, sa manière de voir n'a pas encore été adoptée, bien que reconnue excellente par tout le monde. (*Bull. Méd.*).

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le lundi 5 novembre 1888. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1888-1889, aux jours et heures ci-après-désignés :

1° *Physique.* — Mardi, jeudi, samedi, de quatre heures à six heures du soir, à la Faculté.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire des travaux pratiques de physique (installé provisoirement à la Faculté), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie.* — Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin).

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Lundi et jeudi (première série), mardi et vendredi (deuxième série), de neuf heures à onze heures du matin, à l'Ecole pratique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures et demie à onze heures du matin.

Passé le 10 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel des travaux pratiques est composé comme suit, pendant l'année scolaire 1888-1889 :

Physique. — M. Weiss, chargé des fonctions de chef des travaux ; MM. Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — M. Hanriot, chef des travaux ; M. Monange, préparateur ; MM. de Thierry, Groslous et Bouveault, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux ; MM. Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

Physiologie. — M. Laborde, chef des travaux ; MM. Gley et Rondeau, préparateurs ; MM. Langlois et Héricourt, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux ; MM. Chantemesse et Toupet, préparateurs ; MM. Widal, Marfan, Guinon, Nicole et Parmentier, moniteurs.

— MM. Delbet et Potherat sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, pour une période de quatre ans, à partir du 1er octobre 1888, en remplacement de MM. Barette et Tuffier.

— Les jurys des concours de la médaille d'or sont provisoirement composés comme suit :

Médecine. — MM. Siredey, Guyot, Mauriac, Roques et Chaput.

Chirurgie. — MM. Terrier, Le Dentu, Verneuil, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

— La distribution des prosecteurs et des aides d'anatomie dans les pavillons de l'École pratique de la Faculté pour le semestre d'hiver est arrêtée de la manière suivante :

Pavillon I : prosecteur, M. Villemin ; aides d'anatomie, MM. Leguen, Isch-Wall, Chipault.

Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann ; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot, Faure.

Pavillon III : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dagron, Delagénière.

Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars ; aides d'anatomie, MM. Thiéry, Rieffel, Arnould.

Pavillon V : prosecteur, M. Potherat ; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnauld, Philippe.

Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin ; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de Fursac, Lafourcade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bimar, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

M. Imbert, agrégé, est attaché en cette qualité à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Imbert (Jacques-Armand-Léon) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Castan, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Blaise, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et, en outre, chargé du cours complémentaire d'histologie, en remplacement de M. Carrier, dont la délégation est expirée.

M. le docteur Estor est nommé chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Saussal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Diffre est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Guenier, dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine de Caen. — M. le docteur Guillet est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

École de médecine de Grenoble. — M. Labattut est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

École de médecine de Tours. — M. Révol, chef des travaux anatomiques de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Guibert, médecin suppléant au lycée de Saint-Brieuc, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Leuduger-Fortmorel, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Bellamy, est nommé médecin adjoint au lycée de Saint-Brieuc, en remplacement de M. le docteur Guibert, nommé titulaire.

— M. le docteur Lafargue, qui remplissait depuis quarante ans les fonctions de médecin légiste à Bordeaux, a remis officiellement, jeudi dernier, sa démission entre les mains du procureur général et du procureur de la République.

Clinique ophthalmologique. — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique, le lundi 12 novembre 1888, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique et opérations à dix heures. — Exercices ophthalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Charcot a commencé ce cours le mardi 23 octobre et le continuera les mardis suivants, à la Salpêtrière. Examen des malades le vendredi, à dater du 26.

Nécrologie. — M. le docteur E. Belle, décédé le 9 septembre dernier à Moissac a légué à l'Association générale des médecins de France sa fortune évaluée à plus de 100,000 fr. pour fonder des secours de 500 fr. aux médecins malheureux

Les hospices a l'Exposition. — Un emplacement est réservé, à l'Exposition universelle de 1889, pour les services de l'Assistance publique relevant du ministère de l'intérieur, afin que les administrations départementales, communales et hospitalières puissent montrer les progrès réalisés pendant les dernières années dans les diverses branches de la bienfaisance. Une exposition d'objets se rapportant à l'élevage des enfants du premier âge et au service des enfants assistés aura également lieu.

En ce qui concerne les frais, l'Administration centrale de l'Exposition est disposée à supporter les dépenses de transport; les frais qu'entraînera l'établissement des plans, photographies ou modèles réduits seront à la charge des administrations locales.

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 octobre 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Colombe (de Lisieux) : Observation de polydactylie. — 2. M. Dehenne : Cataracte. — Manuel opératoire. — Soins consécutifs. — 3. M. Christian : Observation de morphinomanie. — 4. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

CONFÉRENCES DE L'HÔPITAL COCHIN (1)

Des désinfectants.

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Cochin.

Je veux aujourd'hui aborder cette grande question des désinfectants. C'est là un sujet extrêmement vaste que je vais être forcé de limiter à ce qui a trait à l'hygiène prophylactique proprement dite; n'attendez donc pas de moi une description de tous les antiseptiques qui pourraient rentrer dans cette étude des désinfectants; déjà, dans d'autres conférences, j'ai présenté des considérations générales sur les antiseptiques; je vous y renvoie. N'attendez pas non plus de moi une énumération de tous les procédés que la chirurgie moderne et la médecine mettent en œuvre pour réaliser l'antisepsie. Je vous renvoie à cet égard aux ouvrages qui ont été publiés à ce sujet et qui sont assez nombreux aujourd'hui pour constituer une bibliothèque, en particulier au beau travail de Vallin sur la Désinfection et les Désinfectants et au Traité si complet et si intéressant, que mon élève

(1) Dujardin-Beaumetz, *les Nouvelles Médications.* Paris, 1887, 3e édition, p. 67.

FEUILLETON

CAUSERIE

Mon cher rédacteur en chef,

Je viens renouveler mon abonnement à l'*Union médicale*, et j'en profite pour causer un instant avec vous, sûr que vous accueillerez ma prose, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, je vous sais accessible; puis j'ai le mérite, qui vaut bien quelques égards, d'être un de vos plus vieux et plus fidèles lecteurs; enfin, je n'ai rien de désobligeant à vous dire.

Je vous adresse d'abord tous mes souhaits de bonne année, bien que nous soyons au mois d'octobre; mais l'époque où finit mon abonnement, c'est pour moi la Saint-Sylvestre. Et puis la fin des vacances, l'ouverture des écoles, la reprise de tous les travaux, n'est-ce pas, en vérité, la nouvelle année qui commence?

Donc, puisse l'*Union médicale* être longtemps prospère, et garder pacifiquement la situation qu'elle a su conquérir! D'ailleurs, si j'en crois mes yeux et mes oreilles, vous poursuivez votre course avec sérénité, sans cahots ni chocs violents, sans ralentir le pas et regardant peu sur la route. C'est pour moi un sujet d'étonnement, de vous voir si calmes et les coudées si franches, au milieu de cette foule de rivaux qui ont surgi

Le Gendre, avec Lepage et Barette, a consacré à l'Antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (1).

Je m'en tiendrai donc à la désinfection appliquée à la prophylaxie des maladies infectieuses et aux désinfectants à utiliser en pareil cas. Il nous faudra examiner successivement les moyens les plus pratiques et les plus utiles à mettre en œuvre pour désinfecter les locaux occupés par les malades, les objets qui ont été en contact avec eux et souillés de leurs déjections et enfin ceux qu'il faut employer pour éviter la propagation de la maladie par les personnes qui ont approché le malade, en un mot tous les moyens qui empêchent la contagion et la dispersion des maladies infectieuses et épidémiques.

Il nous faut, tout d'abord, nous entendre sur ce mot *désinfectants*. La définition que Littré en donne ne peut être admise; pour lui, ce sont des substances qui détruisent chimiquement les mauvaises odeurs, ces substances sont des désodorants, mais non des désinfectants. La définition de Vallin est la seule acceptable en modifiant cependant un des termes de cette définition. « Les désinfectants, dit-il, sont les substances capables de neutraliser les principes morbifiques, virus, germes, miasmes, ou de décomposer les particules fétides et les gaz qui se dégagent des matières en putréfaction ». Il suffit de remplacer le mot *substance* par le mot *agent*, pour rendre cette définition complète, puisqu'elle permet d'y comprendre la chaleur, le meilleur des désinfectants. Quant à nous et en nous plaçant sur le terrain étroit que nous avons délimité au début de cette leçon, nous dirons que les désinfectants sont les agents qui s'opposent à l'infection, c'est-à-dire à la propagation et à la dissémination des microbes pathogènes des maladies infectieuses.

Faut-il faire, comme le veut Vallin, une distinction entre les antisepti-

(1) Vallin, *Traité des désinfectants et de la désinfection*. Paris, 1882. — Le Gendre, Barette et Lepage, *Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène*. Paris, 1888.

depuis quelques années. Car il y a cent journaux de médecine, à Paris seulement; comment peuvent-ils vivre et ne pas s'étouffer?

La raison en est, sans nul doute, que la concurrence entre ces feuilles qui pullulent n'a plus le même objet ni les mêmes allures qu'autrefois. Les quatre ou cinq journaux qui se partageaient, il y a quarante ans, l'attention du public médical, avaient plus d'autorité, plus d'influence; luttant sur un autre terrain, ils avaient l'âme plus belliqueuse. Aujourd'hui, qu'est devenue l'influence du journalisme? Je ne dis pas son utilité pour répandre les faits et les doctrines; je veux parler de la force qu'il donnait, des réputations qu'il créait ou ternissait, des faveurs qu'il faisait obtenir. Où est le temps où un rédacteur en chef pouvait être un homme redoutable, où Jules Guérin entrait à l'Académie par intimidation?

Tandis que le nombre des journaux décuplait, la « matière abonnable » ne s'est pas accrue indéfiniment; elle s'est divisée. Les vieux journaux ayant perdu quelque peu de leur puissance, les jeunes ayant grandi sans franchir certaines limites, la modestie est venue aux premiers, l'essor des seconds s'est calmé. Et maintenant chacun vit sans péril de mort et sans grandes ambitions; la jalousie ne se montre plus, l'invective a cessé. Amédée Latour ne pourrait plus écrire, comme en 1860: « Où est-il donc ce prophète de malheur, ou plutôt de bonheur, qui, le jour même de la naissance de l'*Union médicale*, prédisait sa mort prochaine et imminente? Si, ce jour-là, il prit une assurance à une tontine quelconque sur ou contre notre existence, il doit trouver, cet aimable devin, que la prime se fait bien attendre, sans compter que nous sommes peu disposés à faire cesser son impatience.

ques et les antirivulents? Les premiers suspendant, d'après la définition, la putréfaction (de ἀντι, contre et σηψις, putréfaction), les seconds s'adressant plus particulièrement aux agents microbiens (virus, germes, contages). Je ne le pense pas, car nous savons aujourd'hui que la putréfaction est déterminée par des agents microbiens et par cela même ces deux classes n'en doivent faire qu'une. Il est bien entendu aussi que nous repoussons de notre définition les absorbants et les désodorants, puisque ces deux actions peuvent se produire sans détruire l'agent contagieux. Un désinfectant peut être absorbant et désodorant, mais la réciproque n'est point toujours vraie.

Une fois toutes ces définitions bien posées, nous pouvons alors étudier les agents de la désinfection. Si nous nous tenons très sévèrement dans les limites posées au début de cette leçon, c'est-à-dire sur le terrain de la prophylaxie, ce nombre d'agents est des plus restreints; il ne s'agit pas en effet dans cette conférence de vous dire tous les agents de l'antisepsie chirurgicale ou médicale, mais simplement d'exposer aussi brièvement que possible ceux qui s'opposent à la transmission et à la dispersion des maladies infectieuses. On peut les ranger sous deux chapitres distincts : les agents chimiques, les agents physiques, les premiers se divisant en désinfectants gazeux et en désinfectants liquides. Examinons le premier de ces groupes, les fumigations gazeuses.

A priori, il semblerait que le type des désinfectants fût un gaz doué d'une force de pénétration très intense et qui pourrait porter ainsi son action antiseptique dans toutes les parties les plus reculées de la pièce qu'il s'agit de désinfecter. Vous verrez qu'au contraire on tend à abandonner ces désinfectants gazeux et que l'on est prêt à adopter la conclusion de Richard, ainsi formulée : « Méfions-nous des désinfectants chimiques gazeux en général. Ingénions-nous pour trouver mieux et pour pouvoir nous en passer tout à fait dans l'avenir. » (1).

(1) Richard. *Sur la pratique de la désinfection par l'acide sulfureux* (*Revue d'hygiène*, p. 273, 1887).

« Que c'est faire preuve et de mauvais esprit et de mauvais cœur, de chercher à nuire aux entreprises naissantes! Est-ce que le souverain juge de nous tous, le public, le tribunal suprême, celui de l'opinion, ne sont pas là pour faire bonne justice et plus ou moins prompte? On a beau cabaler pour ou contre le succès d'un journal, le succès lui arrive ou lui tourne le dos, toujours à cause de lui-même et indépendamment de ses prôneurs ou de ses détracteurs. Cependant la pire et la plus triste de ces illusions est celle qui consiste à croire que l'on va démolir un journal établi, et ayant pignon sur rue, par quelques méchancetés si perfidement lancées qu'elles puissent être. »

Se quereller maintenant? On a bien autre chose à faire. Cette analyse fiévreuse de tout ce qui voit le jour à Paris, en province, à l'étranger, ces Congrès, ces comptes rendus à n'en plus finir, ces menus faits par milliers, ce reportage haletant qui use de la voie télégraphique comme s'il voulait, lui aussi, faire varier les cours, ce bagage monotone des Sociétés savantes qu'on vous reproche quelquefois, mais qu'on vous reprocherait encore plus de ne pas servir à vos lecteurs, tout cela fait des journaux qui se ressemblent et sont taillés à peu près sur le même patron. Tous ont les mêmes rubriques et les mêmes divisions, ou peu s'en faut; encombrés de matières obligatoires, ceux qui veulent s'individualiser n'y réussissent guère. A parler franc, pas un seul n'est un vrai journal de médecine comme nous le voudrions, nous autres praticiens. On avait bien parlé d'un journal quotidien, qui devait faire une révolution; mais il n'a pas vu le jour, et ne le verra sans doute jamais. Je le comprends; l'organisation des journaux scientifiques, en France, est rudimentaire; nous ne sommes pas en Angleterre ou en

Les désinfectants gazeux sont l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique, le chlore et l'acide sulfureux. Je passerai très rapidement sur les deux premiers, parce qu'ils ne sont plus mis en usage, j'insisterai un peu plus sur le chlore, me réservant de m'arrêter beaucoup plus longtemps sur l'acide sulfureux, le seul désinfectant gazeux qui soit en usage aujourd'hui.

C'est Smith qui a introduit les fumigations d'acide nitrique dans l'hygiène; il les pratiqua de 1795 à 1799, sur la flotte anglaise alors décimée par une épidémie de typhus, et les résultats furent assez avantageux pour que le parlement lui votât, en 1802, une récompense de 125,000 francs. Pour obtenir les vapeurs nitriques d'après Smith, on faisait agir de l'acide sulfurique sur du nitre.

Dans de pareilles fumigations, on tenait à ce que l'acide nitrique fût débarrassé des vapeurs nitreuses; c'est l'inverse qu'il eût fallu exiger si l'on s'en rapporte au récent travail de Girard et Pabst (1), qui se sont efforcés de montrer que ces vapeurs nitreuses ont un extrême pouvoir antiseptique, et ils ont proposé, comme procédé désinfectant, les vapeurs nitreuses qui sont dégagées par les cristaux des chambres de plomb, le sulfate de nitrosyle, sur lesquels on fait agir l'acide sulfurique. Malheureusement ces vapeurs nitreuses, qui jouissent de propriétés antiseptiques véritables, ont aussi une action corrosive évidente et peuvent être par suite difficilement appliquées aux vêtements et aux tentures.

C'est Guyton Morvaux qui s'est fait le propagateur des fumigations d'acide chlorhydrique et de chlore, et il proposa successivement l'acide muriatique ordinaire et l'acide muriatique oxygéné, qui est le chlore. Aujourd'hui, si les premières sont abandonnées, on a gardé les secondes sous le nom de fumigations guytoniennes. Ce mot « guytoniennes » n'est pas juste, car c'est Cruickshank qui les préconisa le premier. Cependant un médecin français, Dizé, les aurait employées dès 1773 et 1775.

(1) Girard et Pabst, *Désinfection des vidanges par les produits nitreux* (Académie des sciences, 1880, et *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1881, p. 116).

Amérique; nous n'avons pas de journalistes, au sens vrai du mot, et nous regrettons toujours que les rédacteurs en chef ou en second n'aient pas le temps de se consacrer à nous, et de tenir quotidiennement la plume pour causer avec nous, pour nous instruire familièrement.

Parmi toutes ces feuilles qui pèchent par les mêmes défauts, ma foi! je m'en tiens à ma vieille *Union*, vénérable douairière qui me paraît avoir, pour son âge, une remarquable activité. Quand on repasse, à la fin de l'année, un de vos gros volumes de 1,000 pages, on est étonné de l'ample moisson de documents et de matériaux de toute espèce qu'il renferme. Je vous félicite de publier, plus souvent que vous ne le faisiez jadis, les leçons cliniques de nos maîtres; de ne pas laisser dans l'oubli les travaux souvent si instructifs des Sociétés médicales des départements; de paraître enfin sous la forme d'un léger fascicule qui vient se faire lire, sans grands efforts ni temps perdu, trois fois par semaine, avantage que tous peut-être n'apprécient pas autant que moi, mais avantage réel qu'Amédée Latour savait bien faire valoir auprès de ses lecteurs, quand il disait : « L'*Union médicale* est à la fois un journal et un livre. »

Continuez donc. Ne prêtez pas l'oreille, s'il vous revient quelques propos émis contre les journaux « qui ont pignon sur rue »; croyez à ceux qui vous aiment et vous suivent avec intérêt.

UN VIEIL ABONNÉ.

Ces fumigations au chlore, que Guyton opposa aux fumigations de Smith, eurent une grande vogue. Cette vogue ne serait pas complètement méritée si on se rapporte aux récents travaux entrepris à ce sujet. Ces expériences ont été faites en France par Peuch, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, et à l'étranger, par Dougall, Baxter, Mecklemburg et par Sternberg. Ce dernier a fait un travail très important sur ce sujet à l'instigation du conseil sanitaire de Washington. Tous ces expérimentateurs ont étudié l'action antiseptique du chlore sur des matières virulentes et particulièrement sur le vaccin. Ils ont montré que les vapeurs de chlore détruisaient l'inoculabilité de ce vaccin, mais ils n'ont pas précisé exactement les doses nécessaires pour obtenir ce résultat. Cependant Sternberg, qui a mis le plus de précision dans ses expériences, a montré que des plaques d'ivoire chargées de vaccin desséché, exposées pendant six heures dans une atmosphère renfermant au moins un volume pour cent de chlore, perdaient leurs propriétés virulentes (1).

Je n'ai pas ici à vous dire par quel moyen on peut obtenir ce chlore. Vous pouvez faire agir de l'acide chlorydrique sur du bioxyde de manganèse, ou encore user des chlorures alcalins, de chaux, de soude (liqueur de La Barraque), ou de l'eau de Javel, qui n'est que de l'hypochlorite de potasse, et je passe maintenant à l'étude qui doit surtout nous occuper, je veux parler de l'action désinfectante de l'acide sulfureux.

Les propriété désinfectantes de l'acide sulfureux sont connues depuis la plus haute antiquité; ouvrez l'*Odyssée* et vous y verrez, au chant XII, qu'Ulysse, pour purifier le palais à la suite du massacre des prétendants et des esclaves, fait brûler du soufre. Ovide, dans ses *Fastes* (chapitre IV), recommande aux bergers « de répandre l'eau lustrale sur leurs brebis, et de verser sur le feu le soufre vierge qui jette une flamme azurée. »

Mais l'auteur de l'antiquité qui fournit sur les propriétés antiseptiques du soufre les données les plus précises, est à coup sûr Pline. Il nous dit qu'à l'île de Milo existait une excavation d'où sortaient des vapeurs sulfurées; lorsque les épidémies sévissaient dans l'île, les habitants agrandissaient cette excavation pour que les vapeurs sulfureuses fussent plus abondantes, pénétrassent dans les maisons et purifiassent la contrée.

Mais revenons à une période plus moderne et voyons sur quelles bases expérimentales est établie la valeur antiseptique des fumigations sulfureuses. Ces expériences, relativement récentes, ont toutes porté sur la destruction des propriétés virulentes de certains produits ou sur la stérilisation de certains micro-organismes.

Dans le travail que je vous ai déjà signalé Sternberg (2) n'a garde d'oublier l'acide sulfureux et montre que la combustion de 5 grammes de soufre par mètre cube neutralise le vaccin à l'état liquide, et qu'il faut porter la dose à 16 grammes pour obtenir la neutralisation du vaccin desséché.

Baxter a expérimenté cette action antiseptique sur le virus morveux; seulement ses observations sont loin d'être concluantes, parce qu'il mélangeait directement de l'acide sulfureux en solution dans l'eau avec la subs-

(1) Sternberg, *Experiments designed to test the value of certain gazeous and volatile desinfectants* (*National Board of Health Bulletin.* Washington, 1880, t. 1, p. 219, et 1881, p. 21).

(2) Sternberg, *Experiments designed to test the value of certain gazeous and volatile desinfectants* (*National Board of Health.* Washington, t. 1, p. 21, 29 à 37, 1880, p. 219, et 23 juillet 1881, p. 21).

tance à inoculer; mais celles de Vallin paraissent beaucoup plus décisives. Vallin se servait aussi du virus farcineux, et il montra que 20 grammes de soufre par mètre cube suffisaient à neutraliser ce virus; puis, généralisant l'expérience au virus tuberculeux et au pus d'un chancre mou, il mit bien en lumière les effets antiseptiques de l'acide sulfureux (1).

De son côté Pettenkofer a fait, du 11 octobre au 21 novembre 1875, des expériences qui parurent assez concluantes pour que l'acide sulfureux fût appliqué désormais à la désinfection des navires contaminés. Jusqu'ici, toutes les expériences paraissaient des plus favorables à l'acide sulfureux.

Deux médecins de la marine russe mirent en doute les affirmations du professeur de Munich. Ils opérèrent sur des microbes et montrèrent que l'action neutralisante de l'acide sulfureux variait selon la hauteur où étaient placés les micro-organismes dans la pièce à désinfecter, et tandis qu'il ne fallait que 28 grammes de soufre par mètre cube quand les microbes étaient placés au niveau du sol, il fallait élever la dose à 92 grammes quand ils occupaient dans la pièce une position élevée (2).

Mais le travail qui porta le coup le plus sérieux aux propriétés antiseptiques de l'acide sulfureux, fut celui de Wolffühgel (de Berlin) (3). Opérant dans différentes conditions sur des micro-organismes, et en particulier sur celui du charbon, il montra que la proportion de 10 volumes pour 100 d'acide sulfureux ne suffisait pas à détruire les germes morbides, surtout lorsqu'ils sont à l'état de dessiccation; aussi considéra-t-il l'acide sulfureux comme un désinfectant infidèle.

Deux ans après, en 1884, chargé, par la préfecture de police, d'organiser le système de désinfection applicable aux cholériques dans l'épidémie qui venait de se déclarer en France, nous avons repris à notre tour cette question en nous plaçant, il est vrai, à un autre point de vue; nous voulions étudier les procédés de production les plus pratiques de cet acide sulfureux, et avec le concours de MM. Pasteur et Roux, nous avons établi, à l'hôpital Cochin, une série d'expériences pour nous rendre compte de la valeur désinfectante de l'acide sulfureux (4).

Ces expériences nous parurent plutôt favorables que défavorables. Nous vîmes que les tubes, contenant des cultures de micro-organismes ou de la lymphe vaccinale, étaient stérilisés par la combustion de 20 gr. de soufre par mètre cube, et que la combustion de 40 gr. détruisait la virulence du vaccin desséché. Cependant, même à la dose de 20 grammes par mètre cube, les bactéries charbonneuses, dans un bouillon de culture, n'étaient point stérilisées. Ces tubes étaient introduits dans l'intérieur même d'un matelas placé dans la chambre où nous faisions nos expériences, et nous pûmes ainsi juger de l'extrême force de pénétration de l'acide sulfureux. Je reviendrai d'ailleurs sur tous ces points quand je vous parlerai des

(1) Vallin, *Désinfectants et désinfection*, p. 250. Paris, 1882.

(2) Schotte et Gærtner, *Wie viel carbolsæure oder wie viel schweflige saure in Gasform ist nöthig zur Tœdlung Kleinsten Lebens?* (*Deutsche Viertelj für œff. Gesund*, 1880, t. XII, p. 337 à 376, et *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1880, p. 819).

(3) Wolffhügel, *Ueber den Werth der Schwefligen Saure als Desinfectionsmittel* (*Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsante*, t. 1, Berlin, 1882, p. 224, et *Revue d'hygiène*, mars 1882).

(4) Dujardin-Beaumetz, *Expériences sur la désinfection des hôpitaux ayant été occupés par des malades atteints de maladies contagieuses* (Académie de médecine, 9 septembre 1884, et *Bulletin de thérapeutique*, t. CVII, p. 241, 1887).

moyens à mettre en pratique pour produire ces fumigations sulfureuses.

Mais les hygiénistes n'avaient pas attendu le résultat de nos expérimentations pour appliquer les fumigations sulfureuses à la désinfection des locaux contaminés. Rendues obligatoires dans l'armée, ces fumigations furent mises en usage, dès 1880, par nos confrères militaires. Nous voyons Czernicki à Avignon (1), Geschwin, à Romorantin, André, à Lunéville, Aubert, en 1881, à Elbeuf (2), puis à Evreux, en 1884, arrêter les épidémies à l'aide de ces fumigations sulfureuses. La dose de soufre employée variait de 20 à 30 grammes par mètre cube. L'inspecteur général Legouest confirmait ces résultats, car, à la suite de ma communication à l'Académie de médecine, il affirmait que l'armée de terre n'avait eu qu'à se louer de l'emploi de ces fumigations. Les mêmes succès étaient obtenus dans l'armée navale, et les médecins de la marine, Potier, puis Raoul (3), déclaraient que la désinfection par l'acide sulfureux ne comptait pas un seul insuccès.

On était aussi heureux dans les asiles privés ou publics; c'est ainsi que Pietra-Santa (4), dès 1853, appliquait, à la prison des Madelonnettes et à la Santé, dans un cas d'épidémie de variole, la désinfection par les vapeurs sulfureuses, et Lailler, en 1878, désinfectait, à l'aide du même procédé, les salles de l'asile de Quatremares.

En 1884, pendant l'épidémie de choléra, des escouades de désinfecteurs, placés sous les ordres de la préfecture de police, appliquèrent ces fumigations sulfureuses dans tout le département de la Seine, et nous n'eûmes qu'à nous louer de l'emploi de ce moyen qui reste encore aujourd'hui en vigueur.

Malgré ces succès incontestables, nous voyons cependant Richard, dans son importante communication au congrès d'hygiène, où il exposait la pratique de la désinfection, repousser les fumigations sulfureuses qu'il considère comme insuffisantes, et cette opinion est partagée par Löffler (de Berlin), Dobroslawin (de Saint-Pétersbourg (5), et cette réprobation est telle dans l'un et l'autre de ces pays que l'acide sulfureux n'est pas même indiqué dans les désinfectants à mettre en usage.

Comment expliquer de pareilles conclusions quand on remonte aux faits que je vous ai signalés plus haut? Faut-il y voir le simple effet d'un caprice du jour ou le résultat d'une expérience approfondie? Je crois, messieurs, que l'on peut facilement s'expliquer les succès et les insuccès des fumigations sulfureuses par l'extrême diffusibilité de ce gaz qui constitue l'un des grands

(1) Czernicki, *Note sur l'assainissement du quartier du Palais, à Avignon, au moyen de l'acide sulfureux* (*Rec. des Mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, décembre 1880, t. XXXVI, p. 513).

(2) Aubert, *Sur l'assainissement de la caserne du 28e de ligne, à Elbeuf au moyen de l'acide sulfureux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1884, t. CVII, p. 304). — *Nouvelles expériences sur la désinfection des habitations privées ou publiques avec l'acide sulfureux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1886, t. CX, p. 397).

(3) Raoul, *Archives de médecine navale*, 1885, t. XLIII, p. 280. — Potier, *Archives de médecine navale*, 1886, t. XLV, p. 426.

(4) Pietra-Santa, *De la désinfection par l'acide sulfureux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1884, t. CVII, p. 266.

(5) *Congrès international d'hygiène et de démographie*, Vienne, 1887. Seizième question. — Richard, *la Pratique de la désinfection.* — Loeffler, *Ueber Praxis der Desinfection.* — Dobroslawin, *Ueber die praktischen Methode der Desinfection.* — Richard, *Désinfection par l'acide sulfureux* (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1887, p. 273, 333, 842).

avantages de l'acide sulfureux, mais lui crée aussi de très sérieux inconvénients.

Je m'explique : Si l'on fait parvenir l'acide sulfureux dans une pièce hermétiquement close, il est un excellent antiseptique, surtout si l'on y joint son peu d'action sur les objets meublants des appartements et sa force extrême de pénétration grâce à laquelle, comme nous l'avons constaté d'ailleurs maintes fois, il peut s'insinuer dans l'intérieur des matelas les plus épais. Mais, si la pièce est mal close, on comprend facilement que ce gaz s'échappe alors avec une extrême facilité, et que la quantité d'acide sulfureux introduit dans la pièce ne soit jamais suffisante pour devenir antiseptique.

D'où il résulte que c'est la clôture plus ou moins hermétique de la pièce où l'on opère, qui juge en définitive l'action antiseptique des fumigations sulfureuses. Energiques et certaines lorsqu'on aura soin de boucher toutes les fissures de la pièce où pénètrent ces vapeurs, elles deviendront incertaines et infidèles lorsque ces fissures, en trop grand nombre, permettront au gaz de se diffuser au dehors.

J'ai eu d'ailleurs une preuve certaine de ce fait lorsque j'ai voulu appliquer à la cure des affections pulmonaires le traitement proposé par Solland et Auriol; j'ai dû faire tendre l'intérieur de la pièce, où l'on dégageait les vapeurs sulfureuses, avec du papier de plomb, tellement était grande la diffusion de l'acide sulfureux à travers les ouvertures nombreuses qu'offrent les parois de nos baraques. Vous trouverez ces faits consignés dans la thèse que mon élève, le docteur Dariex (1), a publiée à ce sujet.

Est-ce une raison suffisante pour abandonner les fumigations sulfureuses? Nullement, messieurs, et je crois au contraire qu'elles doivent occuper une place très honorable parmi nos agents désinfectants. Les expériences que j'entreprends en ce moment, pour juger définitivement la valeur antiseptique des désinfectants gazeux, expériences qui seront consignées dans la thèse de mon élève le docteur Gaillard (2), me permettront, j'en suis persuadé, de maintenir la place que j'assigne à ces fumigations sulfureuses. Les raisons qui militent en leur faveur sont les suivantes : elles sont d'une exécution facile, elles sont économiques et enfin elles peuvent être mises en usage sans altérer ni détruire les tentures et les divers objets meublants de nos appartements. Dans la seconde partie de cette leçon, je vous dirai comment vous devez procéder pour obtenir de ces fumigations le plus grand effet possible, et je passe maintenant à l'étude des désinfectants liquides.

Sur le terrain exclusif de l'hygiène prophylactique sur lequel nous nous sommes placés, nous n'avons à étudier que les désinfectants liquides qui peuvent, par leur action antiseptique et par la facilité de leur emploi, être utilisés dans la pratique, ce qui réduit très notablement le nombre de ces désinfectants liquides qui sont des plus nombreux. Nous ne nous occuperons donc ici que des plus répandus, de l'acide phénique, du chlorure de zinc, des sulfates de fer et de cuivre, et enfin du sublimé. Commençons par l'acide phénique.

Les discussions que nous avons vu s'élever sur la valeur antiseptique de l'acide sulfureux se sont reproduites à propos de l'acide phénique, qui a été

(1) Dariex, *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations et les injections hypodermiques d'acide sulfureux* (Thèse de Paris, 1887).

(1) Gaillard, *Des désinfectants gazeux et de leur valeur antiseptique* (Thèse de Paris, 1889).

considéré par les uns comme un antiseptique très puissant, et par les autres, au contraire, comme un désinfectant très infidèle, et les opinions des uns et des autres sont basées sur des recherches expérimentales qu'il me reste à vous exposer.

Ces recherches, comme pour tous les antiseptiques, ont été de trois sortes : les uns ont noté la quantité d'acide phénique qui s'oppose à la putréfaction des substances solides ou liquides, les autres ont étudié l'action neutralisante sur les virus, d'autres enfin, serrant de plus près le problème, ont examiné non seulement l'action de l'acide phénique sur la stérilisation des bouillons de culture, mais encore sur les différents microbes. Le temps ne me permet pas de vous donner, en leur entier, toutes ces expériences, et je vous renvoie à cet égard au travail si complet de Vallin et à l'article que Pécholier a consacré à l'acide phénique dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

Il semble ressortir de toutes ces recherches, que les solutions à 3 p. 100 d'acide phénique détruisent la plupart des micro-organismes, c'est la conclusion du récent travail de Gaertner. C'est aussi à ce résultat qu'était arrivé Dougall (1) et Baxter, qui veulent que la lympe vaccinale perde ses propriétés virulentes quand on la mélange avec une solution d'acide phénique à 2 p. 100.

Mais cette action antiseptique ne serait que passagère, surtout si on s'en rapporte aux expériences de Dougall. Pour lui, l'acide phénique n'est pas un désinfectant, c'est un antiseptique qui conserve et embaume la matière organique, arrête et empêche momentanément la fermentation et la putréfaction, mais, dès qu'il se volatilise, les matières virulentes récupèrent toute leur activité. Cette opinion est aussi partagée par Béchamp (2) qui considère l'acide phénique comme ayant une action suspensive plutôt que destructive. Parke partage le même avis ; pour lui, l'acide phénique suspend, mais ne détruit pas la fermentation des matières organiques.

Pettenkofer considère l'acide phénique comme un coagulant plutôt qu'un désinfectant, et, pour lui, c'est en précipitant l'albumine qu'agit surtout le phénol. Cette opinion est partagée par Gosselin et Bergeron, qui ont montré qu'il fallait atteindre la dose de 11 p. 100 de phénol pour empêcher la putréfaction du sang.

Miquel, dans ses travaux sur les désinfectants, place l'acide phénique dans son troisième groupe, dans les substances fortement aseptiques, c'est-à-dire dans celles qui stérilisent un litre de bouillon de culture entre 1 et 5 grammes. Reportez-vous au tableau que j'ai donné de ces différents antiseptiques dans mes *Nouvelles Médications* (3) et vous verrez que le chiffre de l'antisepsie de l'acide phénique pour un litre de bouillon est de 3 gr. 20, tandis que celui du chlorure de zinc est de 1 gr. 90, celui du sulfate de cuivre de 0,90 centigrammes, et celui du biiodure de mercure de 0,025 milligrammes, ce qui place l'acide phénique au dernier rang des antiseptiques liquides dont je voulais vous parler.

(*A suivre*).

(1) John Dougall, *Carbolic and Zymotic Diseases* (*the Lancet*, 30 août 1873, p. 295).

(2) Béchamp, *Observations sur les antiseptiques* (*Montpellier médical*, novembre 1875, janvier et février 1876).

(3) Dujardin-Beaumetz, *Nouvelles Médications*. 3e édition. Paris, 1887, p. 71.

THÉRAPEUTIQUE

L'hygiène thérapeutique

Par le docteur Ph. BERNARD.

La thérapeutique actuelle traverse une crise qui est en rapport étroit avec celle qui agite les doctrines médicales. Tout, aujourd'hui, est à l'antisepsie, à la lutte anti-microbienne. On explique même par une action parasiticide la vieille médication des spécifiques ; si le mercure, si le sulfate de quinine agissent, c'est à la faveur du rôle qu'ils jouent contre les micrococcus ou les microphytes de la syphilis et du paludisme, etc., etc.

Mais il ne faut pas que les doctrines du jour fassent perdre de vue au médecin : les agents reconstituants, qui ressortissent à l'hygiène autant qu'à la médecine proprement dite; la cure analeptique, si indispensable dans toutes les formes de déchéance vitale; les aliments médicamenteux, triomphateurs de l'anémie et de la neurasthénie; les toni-nutritifs, les peptogènes, les dynamophores, qui s'adressent, d'une manière si efficace, au traitement rationnel des dyspepsies gastro-intestinales et de la misère physiologique. Parmi les agents qui ont le moins trompé la confiance de ceux qui croient à l'hygiène thérapeutique, nous devons citer, en première ligne, la poudre de viande bien préparée, dont les matériaux, rendus particulièrement favorables à l'assimilation. sont immédiatement absorbés et peptonisés, et réalisent, journellement, de véritables miracles cliniques, pour la reconstitution des débilités, la rénovation rapide des tissus chez les convalescents, le maintien du poids et du taux des forces chez les phthisiques et cachectiques de tous ordres.

C'est avec la poudre de viande qu'ont été obtenus les plus solides succès, dans les méthodes de gavage et de suralimentation instituées, à titre expérimental, il y a quelques années, par MM. Debove et Dujardin-Beaumetz. Il nous reste des observations consciencieuses recueillies par ces éminents confrères, cette inébranlable conviction que la poudre de viande est l'aliment élevé à sa plus haute puissance de condensation, celui, par conséquent, qui est capable d'exagérer, le plus heureusement, l'eutrophie et l'histogénèse, chez les sujets dont la prompte réparation s'impose, sous peine d'accidents rapidement mortels. Dans le plus petit volume, la poudre de viande représente quatre fois son poids de viande fraîche; on voit donc toute l'importance de sa valeur nutritive, hors de pair avec celle des autres préparations analeptiques. La poudre de viande est le correctif naturel des médications antiseptiques, si communément hostiles à l'eupepsie et à la bonne nutrition des tuberculeux et des dyspeptiques; elle est constamment employée, avec les plus grands succès, chez les malades les plus délicats et les plus susceptibles. Mais il importe d'avoir recours à une préparation inaltérable, ne possédant aucune odeur nauséeuse, aucune saveur rancique. A cet égard, nous n'avons pas besoin de recommander la poudre de viande Rousseau, qui est déjà connue de tous nos confrères comme celle qui possède, au plus haut degré, les qualités qui justifient la faveur des malades et des praticiens.

D'une couleur chamois clair, d'une odeur nulle, d'une conservation absolue, elle est, de beaucoup, la plus riche et la plus facilement peptonisable, et sa purification l'a faite, à bon droit, surnommer « la reine de la médication alimentaire et analeptique ». Pour les estomacs plus difficiles, M. Rousseau prépare également une *tablette*, d'un goût agréable et savoureux qui donne, par un délayage immédiat, un potage-purée, préféré par les gourmets au consommé le plus parfait; la tablette Rousseau est un nutriment inaltérable, possédant toute la richesse alibile de la viande en azote et en phosphates assimilables, jointe à la succulence apéritive de l'osmazome et des principes inosiques extractifs. Les analyses chimiques se joignent aux observations cliniques de la ville et des hôpitaux pour témoigner de la valeur eutrophique et de la puissance curative de la tablette et de la poudre de viande préparées par M. Rousseau. Nos confrères n'ont, du reste, qu'à parcourir, pour être édifiés, l'étude que M. le docteur Jules Valnay (1) con-

(1) Docteur J. Valnay : *De la médication alimentaire*. (Paris, 1888.)

sacrait récemment à ces peptogènes savoureux, à ces reconstituants actifs, universellement admis aujourd'hui dans les administrations civiles, militaires et navales de France et de l'étranger. Comme l'exprime très heureusement mon estimé confrère : « Par les matières protéiques qu'elle contient en abondance, la poudre Rousseau est le véritable aliment du muscle; par son fer et ses chlorures, le puissant tonique du liquide sanguin; enfin, par ses phosphates assimilables, elle constitue le nutriment cordial des os et du tissu nerveux. »

Dr Ph. BERNARD.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU LUPUS. — E. Besnier.

Appliquer sur le lupus, pendant la nuit, une bande de flanelle enduite de savon noir. Le matin, laver avec la solution suivante : savon noir 200 grammes, alcool camphré 100 grammes ; et terminer par un lavage à l'eau. — Au bout de 2 à 3 jours, la peau rougit, s'écaille et devient douloureuse. On prescrit alors des cataplasmes d'amidon ; on cesse les applications de savon noir, et on ne conserve que les lotions. — En cas d'échec du traitement par le savon de potasse, on a recours aux scarifications. — Comme traitement général, le malade atteint de lupus prendra tous les jours : 1° De 2 à 6 cuillérées à bouche d'huile de foie de morue ; 2° A la fin des repas, une cuillerée de sirop iodo tannique dans une demi tasse de houblon froide. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ladevèse (de Saint-Galmier).

— M. le docteur Descroizilles commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences de pathologie et de clinique enfantiles, le vendredi 26 octobre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Visite et examen des malades, salle Henri-Roger. Consultation, le mardi à neuf heures et demie.

A l'Administration de L'UNION MÉDICALE,

11, *rue de la Grange-Batelière.*

PARIS.

Don a l'Association des médecins de France. — M. le docteur E. Belle, de Moissac (Tarn-et-Garonne), décédé le 9 septembre dernier, a légué à l'Association générale des médecins de France toute sa fortune, s'élevant à plus de 100,000 francs, pour fonder des secours de 500 francs aux médecins malheureux. On ne saurait trop applaudir à une pareille donation. Espérons que le docteur E. Belle aura des imitateurs.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

— Le préfet de la Seine vient d'aviser l'administration de l'Assistance publique qu'il allait poursuivre devant le Conseil d'Etat la demande d'un décret d'utilité publique pour permettre l'expropriation des terrains nécessaires à l'établissement des hôpitaux d'isolement suburbains, dont la création a été décidée en principe par le Conseil municipal, sur le rapport de M. Chautemps.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. (Professeur : M. Lannelongue.) — M. Bouilly, agrégé, commencera ce cours le lundi 12 novembre 1888, à trois heures (grand amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Bulletin de souscription

— *Je soussigné*

demeurant

déclare souscrire pour un abonnement de

*à l'*Union Médicale, *dont je paierai le prix, soit la somme de*

sur une quittance qui me sera présentée à mon domicile et sans frais.

Signature

Expédier sans affranchir.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

CONFÉRENCES DE L'HÔPITAL COCHIN (1)

Des désinfectants.

Par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Cochin.

Pouvons-nous compter davantage sur les vapeurs dégagées par l'acide phénique? Encore moins, et les expériences de Schotte et Gaertner (2) ont montré qu il fallait une dose supérieure à 15 grammes par mètre cube pour détruire les bactéries.

Ce qui a fait surtout le succès de l'acide phénique, c'est son odeur; le vulgaire veut que tout antiseptique puissant ait une odeur très forte, et lorsque cette odeur n'existe pas, il nie l'action antiseptique de la solution employée. En résumé, je suis prêt à adopter la conclusion de Vallin, en la modifiant cependant un peu. Pour lui « l'acide phénique ne mérite ni l'excès en bien, ni l'excès en mal qu'on en a dit; c'est, en somme, un assez bon antiseptique », j'ajouterai à forte dose.

Dans ces derniers temps, l'acide phénique a vu s'élever un concurrent redoutable; je veux parler de l'acide crésylique, qui est un phénol contenu, comme l'acide phénique, dans les créosotes des goudrons de houille. Cet acide crésylique, qu'on appelle aussi crésylol, présente trois états isomériques : l'ortho, le méta et le para, mais c'est l'ortho qui domine dans le mélange. Lorsqu'on se sert de l'acide crésylique à l'état pur, on voit qu'il possède des propriétés antiseptiques très énergiques, propriétés que mon élève, le docteur Delplanque, a bien mises en lumière à la suite d'expériences très précises faites dans notre laboratoire (3).

Il a montré que la fermentation de l'urine était empêchée avec des solutions au cinquantième, tandis que la solution d'acide phénique, au même titre, la retardait sans s'y opposer. En opérant sur les cultures des bacilles de la fièvre typhoïde, du choléra, du bacille pyocyanique et du bacille de la diarrhée verte, il a montré que les solutions au centième et au

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Schotte et Gaertner, *Wie viel Carbolsaure oder Wie viel schweplig saure in Gasform ist nothig zür Todstung kleinsten Lebens?* (*Deutsche Viertelj, für offentliche Gesund hapflege*, 1880, t. XII, p. 337 à 376).

(3) Delplanque, *De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques*, Thèse de Paris, 1888.

deux-centième retardent le développement de ces bacilles et que celles au cinquantième arrêtent toute culture de ces microbes pathogènes, c'est-à-dire que 4 milligrammes d'acide crésylique s'opposent au développement des micro-organismes.

Ces propriétés antiseptiques auraient d'ailleurs été confirmées au point de vue expérimental par des recherches faites par Nocard sur la valeur antivirulente de ce phénol. Si j'ajoute que l'acide crésylique est beaucoup moins toxique que le phénol, puisque par kilogramme de lapin il faut une dose quatre fois plus forte, on saisira tous les avantages qu'il y aurait à le substituer à l'acide phénique.

On trouve aujourd'hui dans le commerce, sous le nom de crésyl, un mélange impur répandant une forte odeur de créosote, de couleur noirâtre, et qu'on utilise pour la désinfection. C'est une solution d'acide crésylique dans des lessives alcalines, car l'acide crésylique pur est insoluble dans l'eau. Je passe maintenant à l'étude du chlorure de zinc.

Le chlorure de zinc est un excellent désinfectant, il est de plus désodorant ; ce sel porte deux appellations différentes en France et en Angleterre ; dans ce dernier pays, il est connu sous le nom de *Burnett's fluid*; en France, on le connaît sous le nom d'eau de Saint-Luc. D'après des recherches faites par Vallin, la solution de *Burnett's* correspondrait à 100 grammes de chlorure de zinc dans 200 grammes d'eau. L'eau de Saint-Luc contiendrait 77 parties de chlorure de zinc pour 100 parties d'eau.

Des expériences ont été entreprises par Petenkofer et Mehlausen sur la valeur antiseptique de cet agent pour la désinfection des navires ayant renfermé des cholériques ; elles auraient été très concluantes et ont démontré qu'à 2 p. 100, la solution est très active. Je dois vous rappeler que ce sel est caustique et que la chirurgie l'a utilisé pour la destruction des tumeurs. Il sert aussi à la conservation des cadavres, et c'est Sucquet qui l'a proposé; il se servait d'une solution de chlorure de zinc marquant 40 degrés à l'aréomètre Baumé. Il me reste à vous parler des sulfates de fer et de cuivre, et du sublimé.

Le sulfate de fer est un désodorant actif ; il agirait même, d'après Frankland, sur les bactéries. Ses propriétés désinfectantes sont surtout utilisées pour détruire l'odeur des matières fécales et son usage est même prescrit par des ordonnances de police qui veulent qu'on emploie 2 kilog. 500 par mètre cube de matières d'après Lasgoutte. Les expériences de Vallin(1), et surtout de Boutmy et Descous (2) ont montré que cette dose est insuffisante, et, pour ces derniers, il faudrait au moins 25 grammes par 5 litres, ce qui correspond à 5 kilogrammes par mètre cube. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce sujet, quand nous nous occuperons de la désinfection des matières fécales.

Le sulfate de cuivre est bien supérieur au précédent au point de vue antiseptique, et mon étonnement a été grand de ne pas trouver ce sel signalé dans l'ouvrage d'ailleurs si complet de Vallin. Reportez-vous au tableau donné par Miquel, et vous y verrez que, tandis que le sulfate de fer est modérément antiseptique et qu'il en faut 11 grammes pour stériliser 1 litre de bouillon de culture, le sulfate de cuivre est au contraire fortement anti-

(1) Vallin, *Désinfection et désinfectants*. Paris, 1882, p. 775.

(2) Boutmy et Descous, *De l'action asphyxiante des eaux vannes des fosses d'aisance*. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1881, p. 221).

septique et sa dose d'antisepsie est marquée par le chiffre 0,90 centigrammes.

Les expériences de Jalan de Lacroix ont aussi montré les propriétés antimicrobiennes de ce sulfate de cuivre. Enfin, les recherches entreprises par Arloing, Cornevin et Thomas, sur la virulence du microbe du charbon symptomatique, ont mis encore en lumière la grande supériorité du sulfate de cuivre sur le sulfate de fer ; tandis qu'une solution à 1 gramme pour 100 de sulfate de cuivre détruit la virulence du charbon symptomatique à l'état frais, cette même solution de sulfate de fer est impuissante à l'obtenir.

D'ailleurs, Ch. Richet, dans ses expériences sur l'action antiseptique des métaux purs, sur un bouillon de culture composé de : 90 grammes d'eau de mer, 100 grammes d'urine, 1 gramme de peptone, avait ainsi classé les métaux suivant la quantité qui amenait l'arrêt de développement des bactéries et la mort des poissons. On y voit la supériorité évidente et considérable du cuivre sur le fer.

	Quantité de métal par litre de liquide	
	entravant le développement des bactéries.	tuant les poissons.
Mercure	0 gr. 0055	0 gr. 00029
Zinc.	0 026	0 0084
Cuivre.	0 062	0 0033
Fer..	0 240	0 014

D'ailleurs, la chirurgie a utilisé depuis longtemps les propriétés antiseptiques des sels de cuivre en se servant surtout de la liqueur de Villatte, qui est un mélange de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc et d'acétate de plomb. Mais c'est surtout Charpentier qui a montré tous les bénéfices que l'on pouvait tirer du sulfate de cuivre comme antiseptique dans les affections puerpuérales septiques.

Je crois donc que le sulfate de cuivre doit occuper une place très importante parmi nos antiseptiques, et que sa solution à 20 p. 1,000 est appelée à nous rendre de grands services. Il est vrai que le prix du sulfate de cuivre cristallisé est supérieur à celui du sulfate de fer ; mais, en revanche, la dose moindre dont il faut user équilibre à peu près ces prix. J'arrive maintenant au sublimé.

Ici, tous les expérimentateurs sont d'accord pour reconnaître que le sublimé est le plus actif des antiseptiques. Reportez-vous aux expériences de Jalan de Lacroix, de Warikoff, de Koch, de Stattler, de Rattimoff, vous y verrez que le sublimé occupe le premier rang. Miquel place le sublimé dans les substances éminemment antiseptiques; cependant le biiodure de mercure lui serait supérieur ; vous avez vu que, pour Richet, le mercure occupe de beaucoup le premier rang parmi les métaux. Tous ces expérimentateurs sont unanimes à reconnaître que la proportion de 1 p. 25,000 ou de 1 p. 20,000 empêche le développement des micro-organismes. Ces chiffres sont encore plus faibles lorsqu'on agit sur des agents virulents que l'on veut inoculer; ainsi, si on se rapporte aux expériences de Davaine, 1 p. 150,000 de sublimé empêche le virus charbonneux d'être inoculable. La liqueur de Van Swiéten, qui est une solution à 1 p. 1,000, est donc toujours plus que suffisante, et c'est cette solution dont on se sert le plus ordinairement dans les pratiques de désinfection.

Vous verrez, lorsque nous parlerons de ces pratiques en Allemagne, que c'est cette solution à 1 p. 1,000, que l'on emploie pour la désinfection des locaux contaminés, et pour me résumer à propos de tous ces désinfectants liquides, j'emprunterai les chiffres suivants au rapport du docteur Chautemps (1). « Là où la désinfection pour être complète exige 5 kilogrammes d'acide phénique, elle est tout aussi parfaite avec 1 kilogramme de sulfate de cuivre ou 25 grammes de bichlorure de mercure ». Ces chiffres vous montrent bien la supériorité du sublimé et celle du sulfate de cuivre sur l'acide phénique, et il ne me reste plus qu'à vous parler des agents physiques utilisés dans la désinfection.

Lorsque je vous ai parlé des microbes pathogènes, je vous ai montré leur résistance au froid et nous en avons vu résister à une température de — 110 degrés. Le froid arrête le développement des micro-organismes, mais il ne les détruit pas. Applicable à la conservation des objets alimentaires qu'il permet de garder indéfiniment, le froid se montre un antiseptique absolument impuissant.

La chaleur, au contraire, est un des moyens les plus actifs de destruction des micro-organismes. Cette propriété de la chaleur est connue de toute antiquité; Moïse n'a garde de l'oublier et ordonne de détruire par le feu les habitations contaminées, et le vieil adage « e feu purifie tout », est une tradition populaire de l'influence antiseptique de la chaleur. Mais, pour revenir à des expériences plus scientifiques, il nous faut citer le travail de Henry (2) (de Manchester) qui, en 1832, montrait que le vaccin soumis à une température de 50 à 60 degrés perdait ses propriétés virulentes. Reprises avec plus de précision par Baxter (3), puis par Carstern et Coert (4), ces expériences montrèrent que si la température de 52 degrés appliquée pendant trente minutes n'arrêtait pas la virulence du vaccin, celle de 64°,5 le faisait. Davaine (5), à son tour, signale l'influence de la chaleur sur la destruction des virus charbonneux. Mais à mesure que les expériences se multiplient, les conditions de l'intervention de la chaleur se précisent de plus en plus. Vallin (6) montre la différence qui existe à cet égard entre la chaleur sèche et la chaleur humide. Tandis que la chaleur humide peut détruire un grand nombre de germes à 100 degrés, il faut pour la chaleur sèche dépasser 140 degrés.

Puis on abandonne les expériences sur les matières virulentes et septiques pour ne s'occuper que de l'action sur les micro-organismes pathogènes, et sans vous parler des expériences de Tripe, de Koch, de Verner, de Miquel, j'insisterai surtout sur celles plus récentes de Grancher et de Vinet.

En 1885, une commission formée dans le sein du comité consultatif d'hygiène publique de France, fut chargée d'étudier cette question de l'ac-

(1) Chautemps, *Organisation sanitaire de Paris* (rapport au conseil municipal).

(2) Henry, *Nouvelles expériences sur les propriétés désinfectantes des températures élevées*, traduit *in Journal de pharmacie et des sciences accessoires*, 1832, t. XVIII.

(3) Baxter, *Report on an Experimental Study of certain Desinfectants* (*Appendix to the Report of the Medical Office of the Privy Counsil*, t. VI, 1875, p. 216,256).

(4) Carstern et S. Coert, *la vaccination animale dans les Pays-Bas* (Congrès d'Amsterdam de 1879. La Haye, 1879).

(5) Davaine, *Recherches relatives à l'action de la chaleur sur les bactéries charbonneuses* (Académie des sciences, 25 septembre 1873).

(6) Vallin, *De la désinfection par l'air chaud* (*Annales d'hygiène et de médecine légale* septembre 1877, p. 276.

tion antiseptique de la chaleur et le rapport (1) fait par Grancher et Gariel, conclut à l'excellence de la désinfection à l'aide de la vapeur sous pression, pour détruire les germes pathogènes, et à l'infériorité des appareils où la chaleur seule ou la vapeur sans pression sont utilisées.

L'année suivante, en 1886, la même question était agitée à Lyon par l'administration des hôpitaux et hospices de cette ville; et Vinet, au nom d'une commission nommée à l'effet d'étudier l'action de la chaleur, formulait des conclusions que vous me permettrez de vous citer, car elles résument parfaitement tout ce que j'ai dit à ce sujet :

« 1° L'action de la vapeur sous pression est d'une efficacité absolue entre 112 degrés et 115 degrés centigrades; elle détruit alors les germes les plus résistants, après quinze minutes;

2° L'air chaud et la vapeur surchauffée sont d'une valeur moindre; même à 130 degrés centigrades, certains germes échappent à leur influence, et lorsque l'application de la chaleur est prolongée pendant trente minutes;

« 3° Les différents tissus de lin, de chanvre, de coton, de laine, exposés à des températures élevées, présentent des pertes de poids graduelles et sensiblement égales par les deux formes de chaleur. L'usure est cependant minime et ne s'élève qu'à 2 p. 100, après six passages consécutifs dans l'étuve;

« 4° Le seul inconvénient sérieux est l'imprégnation du linge lorsqu'il est souillé par des matières colorées, comme le sang et les matières fécales; cet inconvénient existe constamment, quelle que soit la forme de chaleur employée; il apparaît dès qu'on dépasse 100 degrés centigrades, c'est-à-dire dès qu'on approche du degré nécessaire pour la destruction des formes résistantes des micro-organismes (2). »

On a construit des appareils spéciaux pour rendre pratique cette application de la vapeur sous pression. Je reviendrai sur leur description dans ma prochaine leçon, lorsque j'étudierai devant vous les moyens à mettre en usage pour tirer de la vapeur les meilleurs résultats. Ce que je puis vous dire dès aujourd'hui, c'est que tandis que les étuves à air chaud et celles à vapeur sous pression ne donnent que des résultats incomplets, seules les étuves à vapeur sous pressions construites sur les modèles de Geneste et Herscher, donnent des résultats absolument positifs et définitifs au point de vue de la désinfection.

J'ai fini avec cette longue énumération des désinfectants et, s'il fallait me résumer, je vous dirais que le seul désinfectant est la chaleur humide lorsqu'elle atteint 110 à 115 degrés ; mais comme cette chaleur n'est pas applicable dans toutes les circonstances où la désinfection est urgente, il faut utiliser les désinfectants liquides et les gazeux: en tête des premiers, il faut placer le sublimé qui est hors pair, puis le sulfate de cuivre; dans les seconds, l'acide sulfureux et le chlore.

Dans la prochaine leçon, nous nous occuperons de la désinfection, c'est-à-dire des moyens pratiques pour utiliser les désinfectants dont je viens de vous faire l'histoire. P. C.

(1) *Recueils du comité consultatif d'hygiène de France*, 1885, p. 98.

(2) Vinet, *De la pratique des étuves à désinfection* (*Lyon médical*, 1886 et 1887).

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de diagnostic chimique au lit du malade, par le docteur H. Tappeiner. Paris, Lecrosnier et Bobé, 1888.

Ce petit manuel, très bien rédigé, contient tout ce qu'il est nécessaire que l'étudiant sache pour examiner couramment les diverses sécrétions pathologiques.

La plus grande partie de l'ouvrage est naturellement consacrée à l'urine. La recherche de l'albumine est bien exposée; cependant l'auteur donne, comme réactif, le plus sensible : le ferro-cyanure de potassium, tandis que Lecorché a prouvé que les réactifs de Millard, de Tanret et d'Oliver l'étaient beaucoup, surtout par la méthode de contact. On peut recommander spécialement les pages sur la recherche du sucre qu'on peut regarder comme une des plus difficiles de l'urologie pratique.

L'examen du suc gastrique est bien traité, bien que l'on ne trouve pas l'indication du réactif de Günzburg.

L'analyse des liquides pathologiques termine l'ouvrage. — P. C.

Annales de micrographie spécialement consacrées a la bactériologie, aux protophytes et aux protozoaires. Rédacteur principal, M. le docteur P. Miquel. — Paris, G. Carré.

Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère. Les travaux bien connus de M. Miquel nous sont un sûr garant qu'il maintiendra la bactériologie française au rang élevé qu'elle a su conquérir. Il inaugure, du reste, son recueil par un mémoire des plus intéressants sur un bacille vivant à une température qui dépasse 70°, c'est-à-dire à un degré de chaleur où les cellules animales sont anéanties en quelques secondes, où la main, par exemple, est cruellement brûlée, où l'albumine d'œuf et le sérum du sang sont rapidement coagulés. Ceci prouve qu'il existe chez certaines bactéries un liquide protoplasmique différent de ceux qui se rencontrent dans les humeurs de l'économie animale et les liquides vivants des représentants élevés du règne végétal. Ce bacille, que M. Miquel a appelé *Bacillus thermophilus,* exige naturellement des précautions spéciales pour les stérilisations; aussi la méthode de Koch, par laquelle on stérilise à 58 et à 68 par le chauffage discontinu, est mauvaise s'il y a des germes du *Bacillus thermophilus.*

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'insomnie consécutive à l'intoxication palustre, par le docteur Eklund (*Britisch med. Journ. 88, et Revue de thérap.*). — M. Eklund (de Stockolm) montre qu'il existe une forme d'insomnie, consécutive à l'intoxication palustre; la nuit le sommeil fait complètement défaut; durant le jour le malade est en proie à la somnolence. A un moindre degré, l'insomnie ne se manifeste que dans la seconde moitié de la nuit. Il arrive parfois que le malade s'endort et se réveille à des heures bien déterminées. Cette insomnie cède à l'administration de la quinine, que M. Eklund recommande de prescrire selon cette formule :

Sulfate de quinine................	0 gr. 4 à 1 gr.
Bicarbonate de soude............	2 gr.

Mêlez et divisez 12 doses qui seront enrobées dans des capsules gélatineuses. Prendre une de ces capsules le matin ; au besoin répéter la dose le soir. — P. N.

Traitement du pemphigus, par le professeur Strumpell. (*Munchner med. Wochenschrift*, 1888.) — Dans un cas de pemphigus grave généralisé s'accompagnant de fièvre, on essaya sans succès du salicylate et de l'atropine à l'intérieur.

On réussit à amener la guérison en ouvrant les bulles nouvelles à mesure de leur

apparition, en faisant prendre chaque jour un bain chaud de une à deux heures et en appliquant sur les surfaces atteintes, au sortir du bain, soit de l'acide salicylique en poudre, soit un pansement avec une solution de sublimé à 1/2000.

On n'a pas trouvé de bacilles dans la sérosité des bulles. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

SOMMAIRE. — Ostéo-myélite de la tête de l'humérus.

M. DELENS lit un rapport sur une observation de M. Chavasse relative à un cas d'ostéo-myélite de la tête de l'humérus.

A la suite d'une chute sur l'épaule, un jeune homme présenta une collection sanguine qui fut incisée; il s'établit alors des fistules suppurant abondamment et les mouvements devinrent très douloureux et très limités.

Le chirurgien pratiqua alors la résection sous-capsulo-périostée de la tête humérale qui était nécrosée. Les trajets fistuleux furent grattés, la plaie drainée et suturée, et le pansement fait avec du sublimé à 2 p. 1000.

La réunion se fit par première intention, sauf au niveau d'un des tubes.

Tout allait bien, lorsqu'un mois après l'opération il survient des douleurs dans la cuisse droite et un gonflement profond faisant corps avec la partie moyenne du fémur. La guérison fut très longue à obtenir; cependant le malade put partir guéri et ayant des mouvements assez étendus de l'épaule.

Il s'agit là d'une ostéo-myélite infectieuse. Il est probable que le microbe a pénétré dans l'organisme par les incisions qui ont été faites sur la collection sanguine.

M. QUÉNU a fait une résection de l'épaule pour une ostéo-myélite, il y a cinq ans. Il s'agissait d'un Italien entré avec des accidents de pseudo-rhumatisme de l'épaule qui s'accompagnèrent bientôt de phénomènes généraux graves. Un abcès que l'on ouvrit sous le grand pectoral conduisit à l'articulation; le périoste de la tête étant décollé, on fit la résection, le canal médullaire était plein de pus. Des phénomènes graves étant apparus quelques jours après, M. Quénu fit une incision sur le bord externe de l'humérus et une large ouverture au canal médullaire; il transforma ce canal en un long drain par le curage et un courant d'eau phéniquée à 1/4. Le malade guérit de son opération et n'avait plus qu'une fistulette quand il mourut de fièvre typhoïde. Il n'y avait pas de lésion de l'humérus.

— M. BOUILLY prend la parole sur le traitement du cancer utérin.

En général, la résection du col utérin est une opération simple et bénigne, bien qu'il faille réserver l'écraseur à des cas restreints et que le bistouri ou les ciseaux soient préférables.

M. Verneuil a défendu l'opération partielle et dirigé son plaidoyer en sa faveur. Personne ne rejette l'amputation partielle contre les tumeurs bénignes, mais le cas devient plus délicat s'il s'agit de tumeurs malignes. M. Bouilly s'étonne alors de la pratique de M. Verneuil puisque, dans le cancer du sein, ce dernier cherche à tout enlever; pourquoi donc simplement côtoyer la lésion qnand il s'agit de la matrice.

On peut répondre qu'appliquée au cancer l'hystérectomie totale est grave et que les bénéfices que l'on peut en retirer ne compensent pas les dangers; mais, pour le rectum, l'extirpation est au moins aussi grave et on n'hésite pas à la tenter.

Comme opération palliative, l'amputation partielle peut être utile, comme opération curative elle n'est applicable qu'à des cas très rares où l'union du corps et du col ne sera pas envahie, où la limitation sera parfaite, etc.

On n'est pas en droit de rejeter l'opération totale, car les mêmes craintes se retrouvent quand on commence à préconiser une nouvelle opération. M. Bouilly n'a pas de chiffres

pour imposer la conviction, car il n'y a que trois ans que l'opération est connue à Paris, et, au début, il y a eu des erreurs et des défaillances dans le manuel opératoire. N'est-ce pas là l'histoire de l'ovariotomie et de l'opération césarienne?

De 1886 à 1888, il a fait 30 hystérectomies totales, 29 pour cancer, 1 pour allongement hypertrophique du col. Les morts ont été au nombre de 7, la mortalité est donc de 23 p. 100 étant compris dans ces chiffres 1 malade morte de pneumonie et 1 autre de diabète.

Douze fois, il y a eu récidives, et, actuellement, on compte 11 guérisons variant de trois à trente mois.

Dans les opérations pratiquées les dernières, les résultats sont bien meilleurs, M. Bouilly en conclut que les statistiques ne peuvent que s'amender.

La discussion continue par une communication de M. Richelot. (Voyez *Union médicale*, n° 131.)

M. Verneuil maintient son opinion que l'hystérectomie partielle peut procurer une entière guérison.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il faut poursuivre la discussion en se plaçant surtout au point de vue de la survie obtenue.

M. Pozzi est aussi partisan de l'hystérectomie vaginale et croit qu'elle est surtout applicable au début. Il a fait 6 opérations; il a eu une récidive après cinq mois, et 5 guérisons, dont une date de deux ans et demi.

La bénignité de l'opération va croissant. Il y a quatre ans, la mortalité était de 29 p. 100; actuellement, elle n'est plus que de 15 p. 100. Schroëder, sur ses 50 dernières opérées, n'a eu que 3 morts.

L'opération tend à égaler et égalera l'ablation simple du museau de tanche; cette dernière peut-elle donner une survie aussi grande? Les cas relativement peu nombreux d'hystérectomie totale ne permettent pas d'établir des statistiques assez considérables pour répondre à cette question.

Aucune opération ne peut être dite curative pour le cancer; cependant, on opère toutes les fois que cela est possible.

Les histologistes ont reconnu que souvent, au-dessus du cancer du col, il y avait un noyau plus élevé et séparé de la première tumeur par du tissu sain; cela ne peut qu'engager à préférer l'hystérectomie totale. C'est ainsi que Weil a vu un sarcome du corps en même temps qu'un épithélioma du col; le fait a été vérifié histologiquement.

M. Pozzi a pratiqué l'amputation du col pour des affections bénignes, telle que la métrite parenchymateuse chronique. Il a observé à la suite la rétraction et la diminution de volume de l'utérus.

M. Terrier doute que du sarcome puisse exister sur la matrice en même temps que le cancer. Sur 18 cancers, il a vu quatre fois l'extension du col au corps.

M. Bouilly croit que, dans les amputations du col, il faut distinguer les amputations supra et sous-vaginales, la première étant toujours grave.

— M. Terrillon donne les résultats de 35 ovariotomies qu'il a pratiquées du 10 novembre 1887 au 30 juin 1888.

3 malades sont mortes du fait de l'opération; 2 du choc et la troisième de causes mal définies. Une dernière opérée est morte d'étranglement herniaire quarante jours après l'intervention. Dans aucun cas, il n'y a eu de péritonite ni de septicémie. 16 opérations cependant ont été très difficiles. Il a été enlevé 25 kystes multiloculaires, 5 kystes parovariens, et deux fois des tumeurs fibro-kystiques.

M. Terrillon recommande l'emploi du catgut dégraissé par la chaleur sèche.

Dans un cas il a fait à la fois l'hystérectomie et l'ovariotomie; la malade a guéri.

M. Le Dentu fait une communication sur l'*hypertrophie éléphantiasique du nez*. Il y avait hypertrophie fibreuse et hypertrophie des glandes sébacées. L'abrasion simple sans autoplastie a suffi pour amener la guérison.

M. Th. Anger a eu une fois beaucoup de peine à terminer une opération de ce genre, et M. Kirmisson a observé un cas d'hémorrhagie. Cette dernière, assure M. Verneuil, pourrait être évitée par l'emploi du thermo-cautère très peu chauffé.

M. Polaillon présente un malade auquel il a fait la résection de la diaphyse du péroné.

M. Routier présente une jeune fille atteinte de plaques de sphacèle sur le dos de la main et l'avant-bras.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire. — *Traitement des kystes hydatiques du foie. — Pouls lent permanent et urémie. — Enorme papillôme corné du gland. — Tubercules anotomiques et lymphangite tuberculeuse à foyers gommeux.*

M. Mesnard (de Bordeaux) a écrit à la Société qu'en 1884 il a traité avec succès comme M. Debove un kyste hydatique suppuré du foie par la ponction et l'injection de sublimé. La guérison a persisté depuis cette époque. Deux autres malades traités de même par des confrères de son voisinage sont restés guéris l'un depuis deux ans, l'autre depuis six mois.

M. Debove tient de M. Bouilly le fait d'un malade auquel ce chirurgien enleva après laparotomie plusieurs kystes hydatiques de la cavité abdominale. Deux autres kystes s'étant développés un an plus tard dans le foie et la fosse iliaque gauche furent traités par la ponction et l'injection mercurielle et guéris. Depuis lors un autre s'est développé dans la rate.

M. Troisier rappelle qu'il ne faut pas confondre la récidive d'un kyste hydatique avec l'apparition d'autres kystes dans le même organe consécutivement à la guérison du premier; ceux-ci, étant tout petits, lors de l'intervention, ont passé inaperçus et ultérieurement grossissent. M. Troisier présente un malade auquel il a pratiqué il y a deux ans la ponction simple avec aspiration pour un kyste hydatique du foie. Le foie a peu à peu diminué de volume ensuite, mais reste encore un peu plus gros qu'un foie normal.

M. Bucquoy et M. Féréol, ayant examiné le malade présenté, disent qu'on lui trouve au niveau du foie une masse arrondie qui paraît bien être un kyste.

M. Troisier pense que ce peut être un nouveau kyste développé plus profondément.

M. Labbé est partisan du traitement de M. Debove parce qu'il a souvent constaté des rechutes graves après le traitement ordinaire.

M. Sevestre parle d'un cas de kyste hydatique de la rate suivi plus tard d'un autre dans le poumon droit.

M. R. Moutard-Martin a guéri depuis dix ans une petite fille de deux kystes du foie par une seule ponction simple.

— M. Debove rappelle que le pouls lent permanent s'observe à la suite de lésions de l'encéphale ou de la moëlle, dans les maladies du cœur, et dans d'autres cas dont la pathogénie est demeurée obscure, malgré l'hypothèse émise par M. Charcot relativement à l'existence d'altération bulbaires dans ces cas. Il est habituel de voir la lenteur permanente du pouls être accompagnée d'attaques syncopales et de crises de dyspnée.

M. Debove a constaté ce syndrôme chez une femme de 81 ans qui, malade seulement depuis trois semaines, avait le pouls à 32 avec un cœur normal. Un peu d'œdème malléolaire, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine, dont la sécrétion ne dépassait pas 500 à 800 grammes par 24 heures. L'auscultation ne rendait pas compte de l'intensité d'une dyspnée continue, exagérée par le moindre mouvement. Les attaques syncopales étaient quotidiennes et suivies de quelques convulsions. M. Debove soupçonna l'urémie et prescrivit le régime lacté. Quand la quantité des urines se fut élevée à 1200 ou 1500 gr.

par jour et le taux de l'urée de 8 à 20 gr. la dyspnée et les attaques syncopales disparurent ; mais le pouls resta à 32.

Il semble donc que la lenteur du pouls ne soit pas la cause des attaques syncopales et épileptiformes qu'on observe en même temps que lui et que celles-ci soient imputables à l'urémie.

La sécrétion urinaire diminuant toujours quand la pression artérielle diminue, dans le cas de pouls lent permanent la pression artérielle moyenne devra être inférieure à la normale par suite de la rareté des systoles et la sécrétion urinaire doit diminuer.

« En résumé, conclut M. Debove, on admet que dans le pouls lent permanent divers accidents et surtout les crises syncopales, épileptoïdes et dyspnéiques sont des manifestations bulbaires. Cela paraît probable, mais ces manifestations bulbaires pourraient être elles-mêmes d'origine dyscrasique. C'est, du moins, une hypothèse que rend acceptable l'absence de toute lésion constatée dans le bulbe et que confirment l'observation de mon malade et les observations bien connues de Goll et de Cl. Bernard. »

M. Rendu trouve ce fait intéressant, mais discute l'interprétation proposée par M. Debove. L'existence de l'urémie chez cette malade n'est pas prouvée, puisqu'elle n'a jamais eu traces d'albumine, l'urémie d'emblée sans aucun symptôme de dégénérescence rénale étant, sinon irréalisable, du moins bien exceptionnelle.

L'amélioration à la suite du régime lacté ne prouve pas non plus que les accidents syncopaux et convulsifs fussent d'ordre urémique; la malade se nourrissait à peine au moment où ces symptômes existaient, le lait ingéré à dose assez abondante a élevé son taux nutritif et par conséquent la quantité d'urée comme la quantité d'urine.

Enfin, les troubles bulbaires des urémiques consistent plutôt en une irrégularité du pouls avec dyspnée du type Cheyne-Stokes. La malade de M. Debove, dont l'urémie supposée aurait été dissipée par le traitement, a gardé pourtant son pouls à 32.

M. Rendu considère le pouls lent permanent comme une manifestation primitivement bulbaire; peut-être existe-t-il quelquefois chez des urémiques, mais le plus souvent il est indépendant de toute maladie du rein et du cœur.

Dans un cas de ce genre observé par lui, le café, l'oxygène, l'électrisation n'ont jamais pu faire monter le pouls à plus de 18 ou 20 par minute.

En résumé, en exceptant les cas où on a constaté des lésions des méninges ou de la base du crâne, la pathogénie du pouls lent permanent reste inconnue.

M. Debove se défend d'avoir attribué à l'urémie le pouls lent permanent; il a dit que le pouls lent permanent pouvait contribuer à engendrer l'urémie.

M. Gingeot cite le cas d'une brightique de 83 ans dont le pouls est à 30 ou 32 depuis plusieurs années qu'il la soigne. Elle urine 1,000 grammes en général. A un moment où l'urine était tombée à 500 grammes, et l'urée à 7 grammes, on vit survenir des accidents syncopaux dyspnéiques et convulsifs, qui se dissipèrent au bout de deux jours, quand le régime lacté eut ramené l'urine à 1,000 grammes. Cette femme, au cours d'une bronchite grave avec 39° de température axillaire, n'eut encore que 40 pulsations par minute.

— M. Chauffard a montré le moulage d'un papillome corné du gland, véritable corne, mesurant 3 centimètres 1/2 de long sur 2 centimètres 1/2 de diamètre à la base, contournée en spirale, caduque et bisannuelle. Le porteur de cette production épithéliale a 69 ans; il a subi il y a peu d'années la circoncision pour un petit papillome du frein qui récidiva et fut de nouveau excisé. Ensuite apparut la corne à la base du gland, se dirigeant en avant et en dehors, gênant beaucoup le porteur, non pas dans ses fonctions génésiques, vu son âge, mais pendant la marche.

— M. Morel-Lavallée, chef de clinique de M. Fournier, présente un malade en traitement dans le service de la clinique que dirige M. Quinquaud, agrégé suppléant le professeur.

Le malade est un ancien garçon d'amphithéâtre qui avait à la main droite, depuis quatre ans, plusieurs tubercules anatomiques. Bien qu'il eût cessé ses occupations depuis un an, il vit apparaître subitement, il y a peu de mois, plusieurs gommes lymphangi-

tiques tuberculeuses échelonnées de la main au coude. La santé générale est encore très bonne. On fait des injections de vaseline iodoformée à 1 p. 100 à la racine du membre. Déjà MM. Hanot, Merklen, Letulle et Morel-Lavallée ont publié en France des faits analogues qui prouvent que certains tubercules anatomiques sont de nature tuberculeuse. — P. L. G.

FORMULAIRE

Poudre contre les condylômes. — Gergory.

Protochlorure de mercure........................... 15 grammes.
Acide borique pulv............................... 7 gr. 50 cent.
Acide salicylique pulv............................ 2 gr. 50 cent.

Mêlez. — Trois fois par jour, on soupoudre avec ce mélange, les végétations condylomateuses, pour les flétrir et en provoquer la chûte. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un prix de 5,000 roubles vient d'être récemment fondé, en Russie, dans le but de stimuler les « recherches sur la nature du poison qui se developpe dans le poisson salé non cuit ».

Voici quel est ce programme :

1° Définir, par la voie d'expériences exactes, la nature tant physique que chimique du poison qui se développe dans les poissons ;

2° Etudier, en expérimentant sur les animaux, l'effet de ce poison sur le cœur, la circulation du sang, les organes digestifs et le système nerveux ;

3° Déterminer la promptitude de l'absorption du poison par les organes digestifs ;

4° Etudier et décrire les signes caractéristiques dont on pourrait se servir pour distinguer le poisson contaminé de celui qui ne l'est pas ;

5° Indiquer les moyens pour préserver le poisson contre le développement des éléments toxiques ;

6° Indiquer le contre-poison et les moyens de secours médical à donner aux personnes empoisonnées.

Les ouvrages devront parvenir, au plus tard, le 1er janvier 1893, au ministère des domaines de l'Empire.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 22 octobre 1888, M. Kieffer, médecin de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Ecole d'anthropologie, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 5 novembre 1888, à huit heures et demie du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi, à quatre heures, M. Letourneau : Histoire des civilisations ; — à cinq heures, M. Mathias Duval : Anthropogénie et embryologie comparée ; — à huit heures et demie du soir, M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi, à cinq heures, M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi, à quatre heures, M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi, à cinq heures, M. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi, à quatre heures et demie, M. Bordier : Géographie médicale.

— M. Bischoffsheim vient de mettre à la disposition du ministre de l'instruction publique une somme de 5,000 francs, pour être distribuée en un ou plusieurs prix destinés à récompenser les meilleurs travaux relatifs à l'établissement des jeux gymnastiques, notamment dans les établissements d'enseignement primaire. Parmi les membres de la commission chargée de fixer les conditions de ce concours, nous relevons les noms suivants :

MM. Brouardel, Marey (de l'Institut), François-Franck (de l'Académie de médecine) et le docteur Lagrange.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Benoît-Antoine Ponnet (de Neuville-sur-Saône), à l'âge de 66 ans.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon et lauréat de sa promotion (concours de 1844), il concourut pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. S'il eût pu persister dans cette voie, nul doute qu'il ne fût sorti vainqueur d'une nouvelle épreuve. Sans fortune, il alla exercer la médecine à la campagne, où il ne tarda pas à jouir d'une juste notoriété.

Doué d'une nature originale et bonne, Ponnet était le type du médecin *bienfaisant et faisant bien;* aussi la foule nombreuse qui l'a accompagné à sa dernière demeure laissait voir toutes les sympathies dont il avait été l'objet. (*Lyon médical.*)

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale, montrera tous les mercredis, à huit heures et demie du matin, à l'hôpital de la Charité, les préparations histologiques relatives aux opérations faites dans le service de M. Segond. — A cet effet, les microscopes seront disposés dans la pièce précédant la salle des hommes.

— M. le docteur Descroizilles commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences de pathologie et de clinique enfantiles, le vendredi 26 octobre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Visite et examen des malades, salle Henri-Roger. Consultation, le mardi à neuf heures et demie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Note sur la difficulté de reconnaître les kystes suppurés de l'ovaire, et sur la rupture de ces kystes pendant l'ovariotomie. — Deux observations suivies de guérison.

Communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 juillet 1888

Par le docteur Polaillon.

Dans un très grand nombre de cas, aucun signe, sauf la ponction exploratrice, ne peut faire reconnaître qu'un kyste de l'ovaire est suppuré.

Il est entendu que je mets à part les kystes volumineux qui s'accompagnent de douleurs, de frissons et de l'appareil fébrile spécial qui révèle la production du pus. La suppuration du kyste est alors presque certaine, et s'il subsiste quelques doutes, la ponction vient les détruire.

En général, on n'est pas conduit à ponctionner un kyste dont le diagnostic est évident, dont le volume n'est pas considérable et qui n'entraîne pas une altération de la santé. Cependant un certain nombre de ces kystes, d'apparence bénigne, sont suppurés.

Si on avait fait une ponction préalable, le diagnostic du contenu purulent aurait été établi, mais on aurait fait courir à la malade quelques dangers, dangers de péritonite par épanchement du pus dans le péritoine, dangers d'adhérences. Pour ma part, je m'abstiens de la ponction pour éclairer le diagnostic d'un kyste de moyen volume, et je préfère courir les chances d'une surprise dans la nature du contenu que de m'exposer aux dangers de la ponction, quelque minimes qu'ils soient.

Voici deux faits dans lesquels des kystes de l'ovaire, d'apparence très simple, étaient non seulement pleins de pus, mais encore avaient des parois assez ramollies pour se déchirer à la moindre traction. Une ponction préalable aurait certainement occasionné des accidents et peut-être la déchirure du kyste.

Observation Ire. — *Kyste suppuré chez une femme bien portante. — Rupture du kyste pendant l'opération. — Lavage du péritoine. — Guérison.*

La nommée C..., Gabrielle, âgée de 31 ans, s'est aperçue, il y a quatre mois seulement, qu'elle portait une tumeur dans le côté droit de l'abdomen.

Jusque-là, sa santé avait été excellente. Réglée à 15 ans, ses époques avaient toujours été régulières. A 27 ans, elle avait eu une grossesse et un accouchement naturel. Elle a allaité son enfant pendant dix-sept mois.

Dans ses antécédents de famille, rien à noter, si ce n'est que son père est mort de la poitrine à 33 ans.

La tumeur abdominale était absolument indolente. Elle s'était développée assez rapidement, en s'étalant en haut et à gauche, de manière à acquérir le volume d'une tête d'adulte, lorsque la malade entra à la Pitié, le 23 mai dernier.

Les signes fournis par la palpation, la percussion et le toucher vaginal indiquaient nettement que j'avais affaire à un kyste de l'ovaire fluctuant, simple, probablement uniloculaire. Point d'œdème des membres inférieurs. Point de trouble dans les fonctions respiratoires, digestives, cardiaques. La dernière menstruation avait eu lieu dix jours auparavant.

L'ablation du kyste par l'ovariotomie fut proposée et acceptée.

L'opération eut lieu, le 20 mai, dans le pavillon spécial de la Pitié, avec les précautions antiseptiques habituelles.

Incision depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. L'épiploon adhérent au kyste est détaché avec précaution. Puis le kyste est ponctionné avec un gros trocart. Au moment de la ponction, la paroi kystique, friable et ramollie, se déchire brusquement, et le liquide se répand sur la plaie, sur les mains des aides et sur la peau du ventre. Ce liquide est purulent. Nous l'étanchons aussi complètement que possible avec des éponges.

En détachant des adhérences profondes, le kyste, dont la paroi est friable, se rompt encore. Son contenu purulent se répand en abondance dans la cavité péritonéale, malgré les éponges qui protègent l'intestin.

Enfin, le pédicule est isolé et lié en deux faisceaux avec un fil de soie phéniquée.

En raison de la rupture du kyste et de l'épanchement de son contenu purulent, nous pratiquons le lavage du péritoine avec un courant d'eau distillée bouillie et additionnée d'un centième d'acide phénique. Nous faisons une toilette minutieuse de l'intestin et de la séreuse abdominale; puis nous suturons la paroi, en abandonnant le pédicule dans la cavité abdominale. Pansement de Lister.

Un quart d'heure après l'opération, la patiente se réveille. Pendant la journée, quelques élancements dans le ventre sont calmés par une injection de morphine, puis elle s'endort pendant deux heures. A cinq heures, elle est très calme. Pas de vomissements. Temp. 37°7. Pouls 98. Resp. 26.

Le 30 mai. — Facies bon. Langue humide. Soif vive. Les urines, émises spontanément, sont un peu enfumées. Emission de gaz par l'anus. Temp. 38°2. Pouls 90. Resp. 18.

Le 31. — Temp. 37°8. Pouls 108. Resp. 15.

Les jours suivants, la température tombe progressivement à 37°.

Le 4 et le 9 juin. — Pansements.

Le 13. — Troisième et dernier pansement.

Le 18. — L'opérée se lève pour la première fois.

Le 23. — Elle quitte la Pitié dans un état de santé tout à fait florissant.

Obs. II. — *Kyste suppuré développé dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Rupture du kyste pendant l'ovariotomie. — Lavage du péritoine. — Guérison.*

Mlle L..., âgée de 18 ans, a observé que son ventre augmentait de volume pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde assez grave, dont elle a été atteinte il y a cinq mois.

Cette jeune fille est grande, maigre, anémique, d'assez chétive apparence. Elle s'est pourtant bien remise de sa fièvre typhoïde, est réglée et ne souffre pas du ventre.

Elle porte, dans la cavité abdominale, une tumeur régulièrement arrondie, qui remonte jusqu'à l'ombilic, qui est fluctuante, mate, avec sonorité dans les flancs, et qui n'est pas douloureuse à la pression. La tumeur s'est développée progressivement du pubis vers la partie supérieure du ventre. Comme cette jeune fille est vierge, je n'ai pas pratiqué le toucher vaginal; mais cette exploration ne m'a pas paru indispensable pour établir mon diagnostic de kyste de l'ovaire. La fluctuation très nette, appréciable dans tous les points de la masse, m'indiquait en outre que j'avais affaire à un kyste uniloculaire, ou au moins à un kyste formé d'une grande poche principale. Le contenu était évidemment un liquide, de nature indéterminée; mais j'étais fort éloigné de penser que ce liquide était du pus.

Comme dans tous les cas où le diagnostic est bien établi, et où le kyste est de moyen volume, je ne fis pas de ponction exploratrice et évacuatrice. On va voir que je fus bien inspiré de m'être abstenu de la ponction.

L'ovariotomie fut pratiquée au domicile de la malade le 25 avril.

Incision sur la ligne blanche, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Il n'y a pas d'adhérence, mais le kyste est sessile. En le ponctionnant avec le gros trocart, sa paroi épaisse, mais ramollie et infiltrée, se déchire. Un flot de pus fétide fait brusquement irruption dans le ventre, sur la plaie et sur les mains des aides.

La tumeur est très difficile à extraire et à pédiculer. Je place autour de sa base, entre deux broches, un cordon de caoutchouc maintenu par un serre-nœud.

Le péritoine et les intestins ayant été souillés par ce pus fétide, qui me paraît éminemment septique, je fais un lavage complet de la cavité abdominale avec six litres d'eau distillée bouillie et additionnée d'un centième d'acide phénique. Puis je pratique la suture de la paroi abdominale, en laissant le pédicule au dehors, à la partie inférieure de l'incision.

L'opération avait duré une heure.

Pendant quarante-huit heures, la patiente eut des vomissements fréquents, qui étaient certainement dus à l'influence du chloroforme. A ces vomissements succédèrent des crachotements presque continuels.

Le troisième jour, apparition inopinée d'un écoulement menstruel. Temp. 37°5. Pouls 120.

Le 29 avril. — Premier pansement. Un peu de ballonnement du ventre.

Le 30. — Abattement. Temp. 38°8. Pouls 140.

Le 1er mai. — La malade a fait des mouvements désordonnés dans son lit, ce qui a déterminé un suintement sanguin abondant au niveau du pédicule. Je renouvelle le pansement. Je trouve que les broches ont déchiré le tissu du pédicule, et qu'elles sont libres à côté de celui-ci. Le fil de caoutchouc et le serre-nœud tiennent encore, mais ils sont profondément enfoncés dans un infundibulum où le pédicule s'est rétracté.

Le ventre est très ballonné. La température est à 39° et le pouls à 140.

Pendant quinze jours, la température se maintint aux environs de 39° et le pouls à 140. Le ventre était ballonné et l'appétit nul. L'état de la malade était grave, sans que je puisse l'expliquer ni par l'existence d'une péritonite (le ventre n'était pas douloureux), ni par l'existence d'une suppuration. La plaie abdominale s'était réunie par première intention et, sauf un peu de suppuration au niveau du pédicule, il n'y avait d'abcès nulle part.

Enfin, le 16 mai, la température tomba à 38° et le pouls à 130.

Le 17. — L'abaissement de la température avait encore augmenté (37°5).

A partir de ce moment, Mlle L... commença à s'alimenter un peu.

Le 30. — Elle était en pleine convalescence.

Le 14 juin. — Elle put faire sa première sortie en voiture.

Depuis cette époque, elle est complètement rétablie.

Dans les deux observations précédentes, l'apparence des kystes était si bénigne, qu'on ne pouvait pas supposer qu'ils fussent suppurés. Si, à la rigueur, cette idée pouvait venir à l'esprit chez la jeune fille, qui avait subi une fièvre typhoïde quelques mois auparavant, elle était absolument sans fondement chez la première malade, qui s'était toujours bien portée.

La ponction préalable aurait sans doute éclairé le diagnostic, mais elle n'était pas indiquée pour diminuer le volume peu considérable des kystes en question, et elle aurait pu amener des accidents redoutables. Il fallait donc s'en abstenir.

L'immense danger, qui résulte de la rupture d'un kyste suppuré et de l'épanchement dans le péritoine de son contenu septique, doit trouver le chirurgien prêt à le combattre. Pour cela le lavage du péritoine avec un flot d'eau aseptique est le moyen le plus efficace.

J'ai l'habitude de me servir d'eau distillée bouillie et additionnée d'un centième d'acide phénique. J'ai toujours sous la main plusieurs litres de cette eau de lavage portée à la température de 37°, afin de m'en servir en cas de besoin. C'est grâce à cette précaution que les opérées des observations précédentes ont dû d'éviter une péritonite mortelle.

Le lavage du péritoine est une pratique indispensable dans le cours de certaines ovariotomies. Mais il faut bien savoir qu'il doit être employé avec prudence. Si l'eau du lavage est trop chaude ou trop froide, si elle pénètre jusqu'à la face inférieure du diaphragme et dans les régions du plexus solaire, elle peut produire une impression qui provoque l'arrêt de la respiration et la syncope. J'ai observé trois fois cet accident pendant le lavage du péritoine, et dernièrement j'en ai fait l'objet d'une communication à la Société obstétricale et gynécologique de Paris. Je signale de nouveau ce danger. Je crois qu'on peut l'éviter en limitant le lavage au bassin et à la partie sous-ombilicale de la cavité péritonéale, en empêchant l'eau du lavage de refluer vers le diaphragme, et en ayant soin d'employer une eau bouillie dont la température ne dépasse pas la température humaine, c'est-à-dire 37°.

CORRESPONDANCE

Sur l'origine équine du tétanos.

Saint-Martin-de-Ré, ce 25 octobre 1888.

Honoré confrère,

La lettre du docteur Vesseaux (de Montbéliard), insérée dans l'*Union médicale* du 29 septembre et ayant trait à l'origine équine du tétanos, m'engage à vous communiquer le fait suivant, où cette origine peut être invoquée avec une certaine probabilité :

Le sieur D..., 41 ans, cultivateur, se trouvait à la pêche, et pieds nus, dans les derniers jours de mars 1888, lorsqu'une coquille d'huître lui fit une coupure assez profonde au talon gauche. Il y eut un écoulement de sang assez abondant et il continua sa pêche. De retour chez lui, il appliqua sur le talon une simple compresse; puis, toujours pieds nus (c'est l'habitude de nos cultivateurs), il se livra à ses travaux ordinaires des champs. A cette époque, son cheval était malade, et il était fréquemment obligé d'aller dans l'écurie pour le soigner. Pendant plusieurs jours, la plaie marcha sans encombre vers la cicatrisation; mais, tout à coup, le 6 avril, il éprouva de la gêne dans les mouvements des mâchoires et de la déglutition, en même temps qu'une légère raideur de la nuque. Un de mes confrères, appelé alors chez le malade, prescrivit un traitement par le chloral à petites doses, et l'état resta stationnaire jusque dans la nuit du 13. A ce moment, la situation devenant des plus critiques, et mon confrère ne voulant pas se lever, sous prétexte que le malade était perdu, la famille me fit appeler.

A mon arrivée, je constate ; sueurs profuses, trismus, opisthotonos, accès convulsifs très fréquents, temp. 39°8 ; j'ordonne 12 grammes de chloral en potion (une cuillerée à soupe d'heure en heure) et je fais une injection de 1 centig. de morphine.

Le 14, la situation s'est un peu améliorée; les accès convulsifs ont disparu ; temp. 39°2; même traitement.

Le 15, état général meilleur : trismus beaucoup moins prononcé, temp. 38°4; les sueurs ont disparu ; la plaie a un aspect satisfaisant; même traitement.

Le 16, au matin, temp. 37°8; le malade peut parler facilement et se remue dans son lit; la famille se réjouit déjà et compte sur la guérison; même traitement. — Le soir. temp. 40°5, sueurs profuses; le trismus et l'opisthotonos ont reparu, et le malade meurt le 17 à six heures du matin.

Dans ce cas, nous trouvons-nous en présence d'un tétanos à origine équine? Je ne saurais l'affirmer. Mais ce fait, que le tétanos est survenu à la suite d'une plaie du talon chez un homme qui marche nu-pieds et qui soigne en même temps son cheval malade, m'a paru assez intéressant pour être communiqué aux lecteurs de l'*Union médicale*, si vous le jugez à propos.

Agréez, etc. Dr Roy.

THÉRAPEUTIQUE

L'eau anti-apoplectique du docteur Weissmann.

Pour qu'un remède se présente parmi nous avec des chances de succès, il lui suffit généralement de venir de l'étranger; mais souvent à l'engouement des premiers jours succède un complet dédain. Celui du docteur Romain Weissmann aura-t-il cet accès facile et cette renommée éphémère? Nous n'en savons rien; mais nous croirions plus volontiers qu'il vivra longtemps, quand nous lisons les attestations pleines de conviction que lui ont décernées des médecins d'un réel mérite, tels que les docteurs Kohn (de Stettin), Corazza (de Venise), Jechl (de Vienne), etc. Le premier, atteint lui-même de troubles nerveux graves, en parle comme un homme qui a pu juger sur lui-même des bons effets du remède et qui lui doit « le retour de la parole et des mouvements dans les parties paralysées ». Il ne s'agit, en effet, de rien moins que d'une *eau anti-apoplectique* pour l'usage thérapeutique.

Le nom n'est pas heureux, car il nous met tout d'abord en défiance. Prévenir l'apoplexie ou la guérir nous paraît un peu merveilleux. Néanmoins, il est rationnel d'admettre que, si l'usage rationnel d'un médicament diminue la tendance aux congestions céphaliques, il peut retarder ou empêcher des accidents plus graves; et, que, d'autre part, ces accidents étant survenus et les troubles musculaires qui en résultent étant limités et susceptibles d'amendements, l'emploi du même remède accélère et complète le retour à l'état normal. Envisagée de la sorte, l'action de l'eau anti-apoplectique n'a plus rien de merveilleux; elle s'explique par les lois ordinaires de la physiologie morbide.

Son inventeur, frappé un jour d'apoplexie, a été le premier sujet qui ait bénéficié du système, et il n'hésite pas à dire qu'il lui doit la vie et l'usage de ses membres On peut dire que, pour son coup d'essai, le remède avait fort à faire. Mais il y a, de par le monde, tant de maux nerveux, de congestions, d'insomnies et de migraines, que l'eau du docteur Weissmann a un vaste champ pour répandre ses bienfaits.

Il paraît que, dans sa composition, assez complexe, entrent des essences végétales telles que l'armoise, la citronelle, l'impératoire, etc., unies à l'éther sulfurique. L'auteur a compté sur l'absorption cutanée pour introduire dans l'organisme les principes curatifs, et s'appuie sur les expériences des physiologistes pour démontrer l'efficacité de ce mode d'administration. Il suffit de mêler chaque matin, à l'eau des ablutions, vingt à trente gouttes de l'eau anti-apoplectique, puis de laver comme à l'ordinaire la tête, le visage et la nuque. Ce traitement simple, continué pendant un certain nombre de jours, suffit à dissiper ou à prévenir congestions, paralysies, vertiges, maux de tête, etc.

C'est prendre une grosse responsabilité que de présenter un remède comme ayant une vertu curative contre des maux qui ont toujours fait le désespoir de la médecine. Cependant, la guérison de ces maux, que les plus savants efforts n'arrivent pas à vaincre, survient quelquefois d'une façon inattendue, sous des influences complexes et encore mal déterminées. Y eût-il quelque empirisme dans l'eau anti-apoplectique, on aurait tort de la rejeter de parti pris comme ayant une action difficile à comprendre. C'est à ce titre que nous recommandons l'eau du docteur Weissmann à l'épreuve de nos confrères en France, désirant que leurs succès soient identiques à ceux obtenus par nos confrères à l'étranger. Dr Leclerc.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche par le chlorure d'or et de sodium, par le docteur W. Bachel. (*New-York med. Presse*, 1888, et *Revue de thérap.*). — On donne, toutes les deux heures d'abord, de 5 à 8 gouttes d'uue solution de chlorure d'or et de sodium à 2 p. 100. Le nombre des gouttes est proportionné à l'âge. En général, après deux jours, le nombre des quintes décroît. Quand ce résultat manque, on augmente le nombre des gouttes de chaque prise; jamais il n'a fallu dépasser 15 gouttes. La maladie est abrégée dans sa durée et dépasse rarement quatre semaines, quand le traitement est commencé dès le début.

Quand il y a insomnie persistante, infiltration pneumonique, douleur, il est indiqué d'employer concurremment quelques gouttes de teinture d'opium. — P. C.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (PREMIER SEMESTRE 1888.)

9 janvier. — M. Chassagny présente l'observation d'un malade qui, depuis dix ans, présente des *abcès multiples* des régions fessière et périnéale. Le patient s'étant plaint de craquements dans la fesse, on trouva à l'examen une petite tumeur à bruit parcheminé dont il ne s'échappa que quelques bulles de gaz après l'incision. Peut-être s'agissait-il de l'intestin?

— M. Carry fait une communication sur la *toxicité de certains cotons*. Il s'agissait de cotons jaunes dégageant beaucoup de poussières au dévidage et teints au jaune de Martius et le jaune Poirier N. (jaunes naphtols); un troisième, non nuisible, était teint aussi avec une couleur azoïque, mais ne dégageait pas de poussières. Les deux premiers colorants étaient très toxiques. Les symptômes observés sont d'abord la perte d'appétit et les vomissements. En même temps, il y a des coliques sèches occupant les régions ombilicale et hypogastrique, fréquentes et accompagnées de constipation. La langue est jaune sale et il y a un liséré gingival bleu ardoisé. Du côté du système nerveux, céphalalgie continue, douleurs névralgiques disséminées, analgésie incomplète de la peau, des mains et des avant-bras. Etat général mauvais, anémie, faiblesse des jambes, insomnie. La guérison est lente et la convalescence longue.

M. Ferrand a étudié les effets toxiques du jaune d'or qui peut empoisonner les ouvriers qui le préparent; de plus, le corps est explosif.

19 janvier. — M. Chassagny annonce que le malade dont il a parlé dans la dernière séance est en pleine voie de guérison.

Pour M. Poncet, il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès de la marge de l'anus contenant des gaz et des liquides putrides.

— M. Poncet rapporte l'observation d'un *fibro-myome congénital de la langue*. La tumeur présentait l'aspect d'une langue surnuméraire. Du volume d'un gros œuf de pigeon, elle offrait une forme assez régulièrement arrondie et une coloration jaunâtre, rosée à certains endroits, due à la présence de petits vaisseaux. Le néoplasme s'était développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux; il était adhérent à la muqueuse et au tissu musculaire sous-jacent. La partie centrale était composée par un gros lobule graisseux environné d'un tissu fibroïde, jaunâtre, assez dur, et l'examen histologique a montré la nature fibro-lipomateuse de la production.

30 janvier 1888. — M. Rollet (Etienne) présente un malade atteint de *contracture des fléchisseurs de la main*. C'est un souffleur de verre qui a déjà été obligé, à plusieurs reprises, d'interrompre son travail. Actuellement, on constate que les deuxièmes phalanges des quatre derniers doigts des deux mains sont fortement fléchies sur les pre-

mières. On sent, au niveau des articulations des phalanges et des phalangines, des cordes dures, tendues, dues évidemment aux tendons fléchisseurs. Les tissus, à ce niveau, sont durs et calleux. Les premières phalanges et les troisièmes ne présentent rien de particulier, et l'extrémité des doigts arrive jusque dans le creux de la main. A la face antérieure de l'avant-bras, on sent et on voit les tendons des muscles grand palmaire, palmaire grêle et cubital antérieur, qui forment un relief sous les téguments.

Il s'agit d'une contracture d'origine réflexe des muscles de la face antérieure de l'avant bras, et spécialement du fléchisseur perforé des doigts. Cette contracture est professionnelle et due au maniement de la canne en fer, portée à un certain degré de chaleur et qui sert à souffler 500 à 600 bouteilles par jour. Le malade a affirmé que beaucoup de ses camarades étaient atteints de la même affection.

— M. Rollet fait une communication sur la *fumée,* qu'il faut autant que possible faire disparaître. La fumivorité est difficile à obtenir quand il s'agit de machines à vapeur ou de foyers domestiques, mais il n'en est plus de même quand on considère les centres producteurs de la fumée, tels que la plupart des fours, et surtout le système Siemens. Dans les gazogènes, la combustion est complète et la fumivorité parfaite. Quant aux inconvénients de la fumée, ils sont certains et admis par tous. Cependant, en raison de sa composition chimique, la fumée est un antiseptique et son insalubrité résulte surtout de l'abondance avec laquelle elle est répandue au dehors par les foyers de combustion. La salubrité absolue est une utopie. Dans les villes industrielles, les hygiénistes auront toujours deux intérêts à concilier : celui de l'hygiène, qui est l'intérêt supérieur, et celui de l'industrie, avec laquelle nous sommes forcés de vivre et qui, du reste, emploie chaque jour des procédés plus perfectionnés. Ce qui doit encourager les industriels à entrer dans cette voie, c'est que les améliorations hygiéniques réalisent presque toujours aussi un progrès industriel.

6 février. — M. Diday ne croit pas que, comme il a été dit dans la dernière séance, les habitants des villes soient forcés de vivre avec l'industrie. Il faut imposer aux industries nuisibles l'exil à la campagne; il leur sera aussi favorable en leur fournissant une immensité d'air pur.

— M. Debout d'Estrées fait connaître un exemple de *fragmentation de calculs vésicaux.* Le malade avait été opéré à Paris par M. Segond.

— M. Ollier fait une communication sur les *résultats de certaines résections articulaires.* Il présente un malade à qui, il y a trois ans, il enleva d'abord le calcanéum, ensuite l'astragale. Le premier s'est refermé et constitue en arrière un relief très sensible. Le pied est certainement plus court, mais il est solide et présente encore ses caractères essentiels (le malade a fait 72 kilom. en 3 jours). Il n'y a pas d'ankylose, et ce fait prouve que l'opération est bonne dans certains cas d'arthrites où des chirurgiens font l'amputation.

M. Ollier présente un seconde malade sur lequel il a pratiqué une opération nouvelle et exceptionnelle : la résection du poignet dans le cas d'ankylose. Il y a une vingtaine d'années, on considérait l'ankylose comme la meilleure guérison de la résection, et l'on comprend, par suite, que l'idée ne soit pas venue aux chirurgiens d'enlever les os du carpe pour rendre à l'articulation ses mouvements normaux.

Dans certains cas, dans l'ankylose trapézo-métacarpienne, par exemple, on peut enlever le carpe et avoir constitutivement une articulation mobile.

Le malade que présente M. Ollier a été soumis, il y a sept mois, à une résection du poignet gauche pour une ankylose rhumatismale de cette articulation. Actuellement l'articulation est encore un peu raide, mais les mouvements d'opposition du pouce sont rétablis. Si ceux du poignet sont limités, les doigts sont parfaitement mobiles et la force d'extension très énergique. Le sujet porte 7 à 8 kilog. à bras tendu. La main, bien tendue, n'offre pas une déformation très grande.

M. Ollier avait déjà pratiqué une opération semblable chez une dame, et le résultat fut encore plus satisfaisant.

Les deux autres cas publiés dans la science proviennent de Langenbeck, qui a pra-

tiqué, non pas l'ablation du carpe, mais la résection radio-cubitale. Les résultats obtenus par ce chirurgien sont plus favorables.

— M. Poulet fait une communication sur *l'intervention intra-utérine dans les métrites, para-métrites et déviations utérines.* Voici les principales conclusions de son travail :

1° Dans l'état actuel de la science, on peut intervenir beaucoup plus hardiment qu'autrefois contre les affections inflammatoires de l'utérus.

2° La dilatation lente ou rapide, le curettage de la muqueuse, le redressement par un gros hystéromètre se sont montrés presque toujours d'une grande innocuité.

3° En procédant par séances successives, on réduit les rétroversions adhérentes.

4° Pendant les manipulations et les injections antiseptiques qui suivent chaque intervention, on constate habituellement la résolution parfois assez rapide des noyaux de paramétrite que contiennent souvent les ligaments larges. Tant qu'ils ne sont pas suppurés, on doit intervenir.

5° L'état fébrile des métrites infectieuses ne contre-indique pas absolument la dilatation utérine antiseptique. Dans ces cas, on voit habituellement tomber la fièvre quand les liquides sont éliminés.

6° Il faut faire des réserves pour les cas de paramétrite déjà suppurée.

7° L'emploi de tentes molles en laminaire pour préparer l'utérus, par le ramollissement qu'elles produisent, rend de grands services.

8° Les rétroflexions adhérentes, et en général toutes les déviations avec perte de la mobilité, peuvent sans dangers être traitées avec de grandes chances de succès. On peut, en dernier lieu, fixer pendant quelques jours l'organe par une tige intra-utérine.

9° Plus tard, les pessaires de Hodge ou ceux en huit de chiffre préconisés par Schultze pourront rendre les mêmes services qu'aux malades qui ont des rétro-déviations sans adhérences.

M. Bouchacourt rend justice aux travaux incessants de M. Poulet. Il est un point intéressant qui se dégage de la communication, c'est l'introduction du raclage des foyers suppurés pour faire résorber les produits utérins. Cette hardiesse chirurgicale a donné à M. Poulet des résultats qui paraissent concluants. Quant au traitement des déformations de l'utérus, les obstacles pourront peut-être se reproduire une fois levés. Les risques courus l'emporteront-ils sur les avantages obtenus?

M. Ollier considère le raclage comme une opération grave et éprouve une certaine timidité à suivre M. Poulet.

M. Diday fait remarquer que, dans les cas de ce genre, il faut toujours opérer énergiquement de manière à ne pas laisser la moindre colonie microbienne. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Porak, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Un rapport de M. Lœvel, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 67e régiment d'infanterie au mois de novembre 1887;

3° Des lettres de MM. Vaslin, Onimus, Lacassagne, De Brun, Guelliot, qui se portent candidats au titre de correspondant national.

— M. Charcot présente une note de M. Lannegrace relative à l'hémiopie homonyme et à l'amblyopie croisée d'origine corticale. La lésion frappe l'appareil sensoriel après qu'il a subi la semi-décussation chiasmatique.

Dégagées des couches optiques, les fibres optiques s'irradient depuis l'occiput jusqu'à

la région motrice, le gros se concentrant dans le lobe occipital. C'est là le foyer principal de la zone visuelle.

Les cellules visuelles de l'écorce peuvent se suppléer dans une certaine mesure.

Quand la lésion frappe l'ensemble des conducteurs optiques après leur semi-décussation, l'hémiopie est absolue à plan limite vertical. Quand la lésion ne frappe qu'une partie des éléments terminaux dans l'écorce, la vision centrale persiste.

L'amblyopie accompagne les altérations de la sensibilité oculaire. Elle est probablement le résultat d'un vice nutritif de la rétine par suite d'une lésion portant sur l'appareil sensitif oculaire: s'il est frappé dans sa partie cérébrale, l'amblyopie est croisée; le faisceau sensitif oculaire est condensé dans la partie postérieure de la capsule interne; là, il se trouve très voisin du faisceau optique. Une lésion de cette région, selon qu'elle atteindra les deux faisceaux sensoriel et sensitif isolément ou simultanément, entraînera soit l'amblyopie croisée, soit l'hémiopie homonyme, soit l'association de ces deux ordres de troubles.

Au sortir de la capsule, le faisceau sensitif oculaire paraît s'irradier vers la région fronto-pariétale, et plus spécialement vers le lobe pariétal (lobule supérieur). La zone oculo-sensitive, zone de l'amblyopie, serait donc inscrite dans la partie antérieure de la zone visuelle, zone de l'hémiopie. Une lésion corticale frappant les deux appareils à leur point de contact devrait toujours entraîner à la fois l'amblyopie et l'hémiopie; celle-ci peut cependant manquer par suite de la suppléance mutuelle des cellules visuelles.

— M. Périer présente deux malades qu'il a opérées à l'hôpital Lariboisière :

A la première, il a fait une résection étendue de la paroi abdominale pour une éventration consécutive à une hystérectomie pratiquée quatre ans auparavant;

A la deuxième, il a pratiqué l'extirpation par la laparotomie d'un grand kyste hydatique du bassin et de l'abdomen qui simulait un kyste de l'ovaire.

— M. Guérin présente des pièces envoyées par M. Mossé (de Montpellier). Il s'agit de réimplantation de rondelles osseuses après la trépanation. Les réimplantations ont été faites sur l'animal qui venait d'être opéré, sur un animal de même espèce, sur un animal d'espèce différente. Le périoste était raclé et éloigné avec la peau sans précautions pour assurer sa conservation.

— M. le docteur Chervin fait une communication sur le nombre des enfants par ménage d'après les résultats du dernier dénombrement.

Les familles françaises peuvent se classer de la manière suivante :

2,073,205, pas d'enfants, 20 p. 100; — 2,542,611, 1 enfant, 24 p. 100; — 2,265,317, 2 enfants, 22 p. 100; — 1,512,054, 3 enfants, 15 p. 100; — 936,853, 4 enfants, 9 p. 100; — 549,693, 5 enfants, 5 p. 100; — 313,400, 6 enfants, 3 p. 100; — 232,188, 7 enfants ou plus, 2 p. 100.

La moyenne, en France, est de 259 enfants pour 100 familles ayant des enfants. C'est là une proportion tout à fait insuffisante et qui explique l'extrême faiblesse de l'accroissement de la population française.

Les départements où le nombre des enfants est au minimum se divisent en quatre groupes :

Au Nord-Ouest : l'Orne, le Calvados, l'Eure, la Seine-et-Oise et la Seine;

Au Nord-Est : l'Aube et la Côte-d'Or;

Au Sud-Ouest : la Charente-Inférieure, la Gironde, le Lot, le Lot-et-Garonne, le Gers, le Tarn-et-Garonne;

Au Sud-Est : le Gard et les Bouches-du-Rhône;

Au Centre : l'Indre-et-Loire, le Rhône.

La moyenne des enfants, dans ces départements, est de 200 à 228 pour 100 familles.

En Bretagne, en Poitou, en Savoie, etc., les enfants sont plus nombreux. La moyenne est de 285 à 340 pour 100 familles.

— M. Jaccoud lit une note sur l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tubercu-

leux. Il a recherché si cet agent supprimait ou modifiait la virulence des matières tuberculeuses inoculables.

Des cobayes ont été inoculés par injections sous-cutanées dorsales de crachats bacillifères. Chacun d'eux a reçu la même dose, et il y a eu des animaux témoins.

Les inoculations ont été faites par M. Bourcy sur quatre séries d'animaux :

Première série : inoculation de crachats traités par une solution de 10 parties d'acide pour 100 parties d'eau; 2 cobayes, dont 1 témoin, reçoivent des crachats non traités par l'acide;

Deuxième série : 25 acide, 100 eau; 2 cobayes, dont 1 témoin;

Troisième série : 50 acide, 100 eau; 1 cobaye inoculé;

Quatrième série : parties égales d'acide et d'eau; 5 cobayes; 2 témoins, 3 inoculés par crachats modifiés.

Les animaux d'une même série ont été inoculés dans la même séance. Il y a deux morts rapides par septicémie. Deux autres (1re et 4e séries) ont présenté, après six semaines, une tuberculose généralisée. Les animaux inoculés en même temps qu'eux par les crachats modifiés ont présenté aussi la même infection tuberculeuse qui était même plus étendue dans certains cas.

Des crachats ont été traités par les vapeurs d'acide pur. Ceux-là sont devenus inoffensifs; mais comme les vapeurs ne peuvent être employées en thérapeutique, il en résulte que le traitement par l'acide fluorhydrique est inutile.

M. Hérard tient à affirmer qu'il y a des expériences contradictoires faites en France et à l'étranger. Elles demontrent l'utilité de l'acide.

M. Verneuil lit un rapport au sujet des communication de MM. Berger et Richelot sur le tétanos.

La question de la contagiosité du tétanos a une grande importance. On peut invoquer en sa faveur plusieurs arguments :

1° Le tétanos se rencontre sous tous les climats, sous toutes les latitudes, dans toutes les conditions les plus diverses, et cela prouve que les conditions climatologiques ont peu d'importance. Le fait est encore confirmé par cette considération que des mesures hygiéniques, thérapeutiques et opératoires restreignent le nombre des cas.

2° Les expériences ont montré que le tétanos peut se transmettre de l'homme à l'animal, et de l'animal à l'animal; on peut en conclure qu'il doit se transmettre de l'anima à l'homme.

Le microbe n'est pas encore définitivement fixé, cependant on doit considérer sa découverte comme à peu près démontrée.

Il est étonnant que la contagion du tétanos ne soit pas admise par tout le monde en présence des faits cliniques recueillis.

Dans le fait de M. Berger, un chirurgien d'un service voisin, M. Nélaton, vint voir un blessé tétanique et s'appuya sur les planches qui garnissaient les côtés de son lit. Il alla ensuite dans sa salle, pansa un des blessés et confia le pansement à finir à un externe qui avait aussi été voir le tétanique. Sept jours après, le blessé de M. Nélaton était atteint. C'est là un cas de contagion médiate. M. Nélaton s'était lavé les mains, mais il était resté des germes à ses vêtements ou à ceux de ses élèves.

Le cas de M. Richelot est aussi net. Il opère une jeune femme de salpingo-ovarite double. Le septième jour, elle est prise de tétanos aigu et meurt en deux jours. La chambre, la literie sont désinfectées à l'acide sulfureux. Après une semaine, la chambre est réoccupée et une nouvelle opération abdominale faite après quelques jours. Le septième jour, tétanos suivi de mort rapide.

La transmission de l'homme à l'homme est prouvée par un grand nombre de faits qui montrent que dans une salle, quand il arrive un tétanique, souvent il y a ensuite plusieurs cas. La contagion est certainement médiate quand le deuxième blessé n'arrive que quand le premier est mort. C'est ainsi qu'une nourrice perd un enfant de tétanos à la chute du cordon, elle perd aussi un deuxième nourrisson qui prend la maladie au même moment. Dans un cas, le germe paraît être resté silencieux pendant cinq mois.

L'agent intermédiaire est souvent très difficile à trouver et pour le cas de M. Richelot

il a été impossible d'y arriver. Eh bien! trois mois après le deuxième cas, dans une salle voisine avec un autre chirurgien, d'autres instruments, il y avait un troisième cas.

M. Richelot reste dans une certaine réserve au sujet de l'origine équine. M. Berger y croit. Mais cette question est très importante et M. Verneuil y reviendra à une prochaine séance.

M. Verneuil propose les conclusions suivantes :

1° La transmission inter-humaine qu'on ne saurait contester en principe, n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits ;

2° Cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct et indirect ;

3° Le premier mode « contagion immédiate » n'est encore établi par aucun fait décisif. Le second mode « contagion médiate » s'appuie au contraire sur des observations cliniques assez nombreuses ;

4° Il est parfois très difficile encore de découvrir le véritable agent d'un transport parmi les intermédiaires nombreux et variés, échelonnés entre les premiers tétaniques et les suivants ;

5° Cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car, seule, elle nous apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable.

— M. Vallin lit le rapport sur le prix d'hygiène de l'enfance.

— M. Gautier lit le rapport sur le prix Orfila.

FORMULAIRE

Injection contre l'angor pectoris. — Dujardin-Beaumetz.

Bromhydrate de cicutine..............	0 gr. 50 centigrammes.
Alcool à 86°........................	1 gr. 50 —
Hydrolat de laurier-cerise...........	23 grammes.

Faites dissoudre. — On injecte sous la peau le quart ou la moitié d'une seringue de Pravaz de cette solution, pendant l'accès d'angor pectoris. — N. G.

COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de septembre dernier, 121 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

16 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement.
75 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
30 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes traitées mortes de rage : Couzinier (Jean), 65 ans, mordu par un chien, le 12 septembre à l'arcade sourcillière droite : décollement d'un lambeau de peau de 1 centimètre de largeur sur une étendue de 4 centim. Deux autres morsures sur le front. Deux éraflures à l'avant-bras gauche et une autre à la jambe droite. Traité du 12 septembre au 3 octobre. Le 6 octobre, Couzinier éprouve des douleurs dans la cicatrice de l'arcade sourcillière. Il se plaint du mal de tête. Le 8, il ressent des fourmillements surtout dans la partie droite de la peau du crâne et de la figure. Il ne dort pas et se plaint de douleurs dans les membres. Le 10, hydrophobie et aérophobie légères qui vont en augmentant le 11 et s'accompagnent d'excitation. Mort le 11 à l'hôpital Broussais.

Le bulbe du chien mordeur a donné la rage en 12 jours aux animaux auxquels il a été inoculé dans l'œil. Couzinier a été pris de rage trois jours après la fin du traitement. — (*Bulletin méd.*)

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Tarnier est chargé du cours de clinique obstétricale.

M. le docteur Ménétrier est nommé chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique médicale — hôpital de la Pitié — en remplacement de M. Duflocq, appelé à d'autres fonctions.

M. Belin est nommé chef des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Ménétrier.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par les nominations suivantes :

M. Mouisset, attaché à la clinique de M. le professeur Lépine ; — M. Roque, attaché à la clinique de M. le professeur Boudet.

M. Désir de Fortunet est proclamé chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Baudet, Lacaze, Regnier, de Coquets, Labougle, Estradère, Lamacq, de Sardac et Bégouin.

— M. le docteur Lande, agrégé, est nommé médecin légiste du parquet de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Lafargue, démissionnaire.

— M. le docteur Cousyn, médecin adjoint au lycée de Lorient, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Faton, démissionnaire.

M. le docteur Waquet est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Cousyn, nommé titulaire.

— M. le docteur Dubief commencera, dans la première semaine du mois de novembre, une série de leçons théoriques et pratiques de bactériologie. Pour suivre ces leçons, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Cochin, tous les matins, à l'heure de la visite hospitalière.

— M. le professeur G. Pouchet commencera, au Muséum, le cours d'anatomie comparée, le mardi 6 novembre 1888, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure. — Le mardi et le jeudi, le professeur expliquera l'organisation des Ichthyopsides et des Sauropsides. Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

Nota. — Le laboratoire d'anatomie comparée du Muséum est ouvert, pour la dissection des animaux du pays et exotiques, tous les jours de dix heures à quatre heures.

— Le mercredi 28 novembre 1888, à deux heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture, en 2 lots, des bandages, pessaires, bas élastiques, etc., à livrer au Bureau Central d'admission, et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1889.

Evaluation (pour les 2 lots) : 30,000 fr.

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au Secrétariat Général de l'Administration, avenue Victoria, nº 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Deux jeunes agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, MM. Lannegrace et Mossé, ont communiqué des faits intéressants à l'Académie de médecine, l'un sur les modifications symptomatiques qu'on observe dans les cas d'hémiopsie et d'amblyopie; l'autre sur la réimplantation des rondelles osseuses après trépanation.

La question reprise par M. Lannegrace est une des plus difficiles de la pathologie cérébrale; aussi a-t-il appelé à son secours les données de la méthode expérimentale et celles de la clinique. Les résultats qu'il a ainsi obtenus, a dit M. le professeur Charcot, constituent un document important et sont de nature à dissiper quelque peu les obscurités qui règnent encore sur ce point.

M. le docteur Mossé, quoique médecin, s'est attaqué à une question d'actualité chirurgicale, et non sans succès. En démontrant qu'après la trépanation on pouvait non seulement replanter la rondelle osseuse enlevée, mais la transplanter sur un animal de même espèce et, plus encore, sur un

FEUILLETON

CAUSERIE

Dangers des faits divers rédigés par des reporters mal informés (suite). — *Superstitions médicales.*

Un de nos lecteurs m'a fait le plaisir de m'envoyer quelques extraits de journaux qui viennent à l'appui de la thèse que je soutenais samedi dernier, à savoir que lorsqu'un journal avait inséré un faux bruit sur quelqu'un, la rectification qu'il insérait dans un numéro subséquent ne servait pas à grand'chose.

Voici, en effet, comment un autre journal a raconté l'épisode du docteur appelé auprès d'une femme et d'un enfant asphyxiés :

« Il est trop tard, il n'y a plus rien à faire; ils sont morts tous deux! dit le docteur. Cependant, le commissaire de police avait fait téléphoner à l'hôpital Saint-Louis, et une voiture des ambulances urbaines arrivait aussitôt. L'interne de service à l'hôpital, M. Budaille, fut reçu par le médecin, qui lui répéta « qu'il n'y avait plus rien à faire ».

Les jeunes gens ne doutent de rien. Sachant qu'il avait affaire à des asphyxiés, M. Budaille s'était muni de plusieurs ballons d'oxygène. Il voulut, quand même, tenter de pratiquer sur les deux « cadavres » la respiration artificielle avec insufflation. Lui et

animal d'espèce différente, il a fait faire un grand pas à la question des greffes osseuses.

L'acide fluorhydrique, déjà un peu discrédité dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'est davantage encore, après la communication de M. le professeur Jaccoud. Si, en effet, il n'agit sur le bacille de la tuberculose qu'à l'état de pureté, on conçoit qn'il ne donnera guère sur l'homme que des résultats négatifs, car aucun médecin ne l'emploiera sur ses malades à pareille dose. Déjà caustique à l'état de dilution très étendue, que serait-ce à l'état de pureté! Néanmoins, M. Hérard n'adopte pas la manière de voir de M. Jaccoud, et se propose de prendre la défense de ce mode de traitement.

— La question de la nature infectieuse du tétanos a été reprise à l'Académie par M. Verneuil, dans son rapport sur les travaux de MM. Berger et Richelot relatifs à cette question. La nature infectieuse elle-même n'est plus à discuter, et M. Verneuil la considère comme résolue; mais il recherche actuellement comment le tétanos, maladie infectieuse, est transmis à l'homme. La transmission de l'homme à l'homme est facile à démontrer, et les nombreux cas de contagion d'un blessé à un autre dans une même salle, dans le même lit ou dans des lits différents, viennent à l'appui de ce point. Mais comment le tétanos est-il transmis? Les faits de MM. Berger et Richelot, et d'autres analogues, que M. Verneuil analyse, dissèque avec la plus grande minutie, semblent montrer que la transmission se fait par contact direct ou indirect; mais la contagion immédiate n'est encore établie par aucun fait décisif, tandis que la contagion médiate s'appuie sur des observations cliniques déjà assez nombreuses.

Mais comment le premier blessé est-il contagionné! C'est ce que M. Verneuil examinera dans une autre partie de son travail.

— A côté de ces intéressantes communications, signalons celles de M. Chervin sur le nombre d'enfants que donne chaque ménage en France,

l'infirmier qui l'accompagnait se mirent à la besogne. Pendant trois heures, ils travaillèrent. Quatre ballons d'oxygène furent employés, les insufflations alternant avec des injections d'éther...

Et les deux « morts » ressuscitèrent!... Ils sont maintenant à l'hôpital Saint-Louis : ou espère les sauver tous deux.

Comme certains savants ont raison de dire qu'il ne faut jamais admettre comme irrémédiable la mort d'un asphyxié, d'un noyé ou d'un pendu! et comme l'interne Budaille a été bien inspiré en voulant « quand même » tenter son expérience!

Maintenant faut-il parler d'un détail... douloureux? Le petit Boutigny avait laissé une lettre, une sorte de testament, dans lequel il disait qu'il y avait deus un portemonnaie 4 fr. 50 pour acheter une couronne à sa mère... Ces 4 fr. 50 n'ont pas été retrouvés... Et on raconte un fait odieux. Il paraîtrait que le docteur G..., sans s'inquiéter davantage des deux malheureux à qui il aurait dû donner des soins, réclama le prix de la visite. Des voisins lui offrirent trois francs. Il insista pour en avoir cinq, et, avisant soudain le porte-monnaie, dans lequel se trouvait la petite somme destinée à acheter une couronne mortuaire, il ajouta : « Tenez, je me contente de ces 4 fr. 50! »

Et il partit, au milieu de l'indignation de ceux qui avaient assisté à cette scène. »

J'ai déjà dit, et il a été prouvé que tout cela était faux. Le docteur appelé est resté une heure et demie auprès des malades, a fait mander les ambulances urbaines, a aidé ses confrères à ressusciter les asphyxiés, n'a accepté les 4 francs 50 que parce qu'on les lui a donnés, et n'a nullement été invectivé lorsqu'il est parti.

d'après les résultats du dernier recensement, et celle de M. Périer sur une opération destinée à remédier à l'éventration consécutive aux grandes ouvertures de l'abdomen. — L.-H. P.

Du lavage de la vessie par ponction sus-pubienne, à propos d'un cas de rétention d'urine prolongée par hypertrophie prostatique compliquée de fausse route.

Par le docteur F. Verchère, ancien chef de clinique chirurgicale.

Les indications du lavage de la vessie sont formelles, et deux procédés seuls ont été jusqu'à ce jour employés : l'un, connu de tout temps, se fait au moyen de la sonde introduite dans l'urèthre ; l'autre, remis en honneur récemment par M. Lavaux, qui l'a emprunté au docteur Vandenabeele, se pratique sans faire usage de la sonde.

Je n'insiste pas sur le mode opératoire de ces deux procédés, il est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le faire. Mais deux conditions sont nécessaires pour qu'ils puissent être mis en pratique. Pour le premier, il faut de toute nécessité que l'on puisse introduire une sonde dans la vessie ; pour le second, il est non moins indispensable que le malade puisse uriner pour expulser le liquide introduit dans sa vessie au moyen du siphon.

Ces deux conditions peuvent faire défaut, et il est dès lors impossible, si les indications l'exigent, de faire le lavage vésical.

Récemment, je me suis trouvé en présence d'un fait de cette nature, et je vais dire comment j'ai pu tourner la difficulté.

Il s'agissait d'un vieillard vigoureux et robuste de 72 ans. Santé antérieure excellente ; aucun antécédent morbide. M. L... habite la province et a toujours mené l'existence la plus calme et la plus régulière. Il y a dix-huit mois à peu près, à la suite de quelques voyages en voiture et en chemin de fer, ayant été forcé de prendre part à plusieurs repas un peu plus excitants que ceux auxquels il était accoutumé, M. L... fut pris de

---

Néanmoins, un autre extrait dit encore à ce sujet :

« Tout le monde a jugé avec la même sévérité la conduite du médecin dont nous avons raconté la cruauté, et qui, appelé auprès d'une mère et de son enfant asphyxiés, les déclara morts, quoi qu'ils ne le fussent point, et ne craignit pas de se payer de sa visite en prenant les quelques francs laissés par ces malheureux, avant de se suicider, avec prière d'acheter une couronne mortuaire. Il y a dans cette âpreté au salaire quelque chose de révoltant qui contraste avec les habitudes d'une corporation qui compte dans son sein tant d'hommes charitables.

« On ne peut l'expliquer, vu la modicité de la somme, que par une aberration véritable chez celui qui s'en est rendu coupable, et il faut espérer, pour l'honneur de l'humanité, que ce médecin n'est qu'une exception. »

Un tel médecin ne serait, en effet, qu'une exception ; mais il est autre chose, c'est un mythe, dans le cas actuel. Le journal mal informé qui a fait ce racontar sera néanmoins pardonné, parce qu'il fait suivre son erreur d'une anecdote très jolie.

« Il est certain, dit-il, que l'habitude de voir des mourants et des morts émousse la sensibilité de beaucoup de docteurs. Les chirurgiens, par exemple, doivent se bronzer contre l'émotion, sans quoi ils seraient incapables de faire une opération avec le sang-froid nécessaire.

« Cette obligation de dompter leurs nerfs produit parfois des conséquences effroyables. Témoin le célèbre médecin allemand qui venait de perdre sa femme. Un de ses amis s'empresse d'accourir pour apporter des consolations à l'époux infortuné. Il entre dans

rétention subite et absolue d'urine. Son médecin, appelé, lui fit prendre un grand bain, puis, n'ayant obtenu aucun résultat spontané, pratiqua le cathétérisme avec une sonde de caoutchouc rouge. Le passage de la sonde fut facile. Le malade le répéta lui-même pendant deux ou trois jours et tout rentra dans l'ordre; la miction fut possible, normale et le malade se considéra comme guéri de son léger incident.

Lorsque, il y a cinq mois, M. L... vint voir son fils qui habite Paris; il supporta bien le trajet en chemin de fer, mais fut reçu par un repas de famille dans lequel, pour fêter son arrivée, on modifia et on augmenta l'ordinaire. Sans qu'il y eût eu à proprement parler excès, le malade, joyeux de voir ses enfants, prolongea un peu le séjour à table. La nuit fut tranquille; mais, le lendemain matin 12 mai, il lui fut impossible d'uriner.

Il prit un bain chaud prolongé sans résultat, et, se souvenant vers quatre heures de l'après-midi, alors que l'envie d'uriner se faisait de plus en plus impérieuse, qu'il avait été sondé, qu'il s'était sondé lui-même, il envoya chercher une sonde de caoutchouc rouge, qu'on lui apporta *munie de son mandrin*. Après quelques vaines tentatives pour passer la sonde seule, il eut l'idée de se servir du mandrin. Le résultat ne se fit pas attendre, le bec du mandrin passa par l'œil de la sonde et la fausse route était créée.

Le sang coula par l'urèthre en assez grande abondance, mais l'urine n'apparut pas. On envoya alors quérir le docteur Babinski, qui, très doucement et très prudemment, essaya de passer de nouveau la sonde de caoutchouc rouge, mais sans mandrin. Elle se précipitait inévitablement à chaque tentative dans la fausse route.

C'est alors qu'il me fit demander. Il était huit heures du soir, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures.

Je le trouvai dans l'état suivant : La figure rouge, congestionnée, le pouls rapide, la peau chaude, la langue saburrale. En pressant sur la région rénale gauche surtout, je provoquais une douleur notable, quoique peu accentuée; enfin, depuis deux heures, il était tourmenté par des envies de vomir et des vomissements très pénibles.

La vessie remontait au niveau de l'ombilic, et par l'urèthre se faisait un léger suintement sanguin, comme en témoignaient les taches plus ou moins étendues que l'on trouvait sur la chemise du malade.

Je tentai, par acquit de conscience, me doutant bien qu'après le docteur Babinski, je n'obtiendrais aucun résultat, de faire le cathétérisme; sans rien forcer, très doucement, je tentai, avec une sonde de caoutchouc rouge seule puis munie de son mandrin, en lui donnant la grande courbure de Gély, avec la sonde à béquille, avec la sonde bicoudée, de passer dans l'urèthre. Celui-ci n'était nullement rétréci, mais j'étais, dans toutes

---

le cabinet de travail du savant et là il trouve ce veuf qui, un bistouri à la main, était en train de labourer les flancs d'un cadavre. — « Comment, vous disséquez votre femme? » fait-il avec stupéfaction et horreur. — « Mais, répond l'Allemand avec candeur et surprise, puisqu'elle est morte ! »

*
* *

Dans son livre sur la *France à vol d'oiseau au moyen âge*, M. Challamel indique bon nombre de superstitions qui avaient cours à cette époque et dont la plupart persistent certainement maintenant encore. Les Français ajoutaient foi aux préservatifs contre les maladies et aux moyens infaillibles de guérison.

Pour chasser la fièvre, il ne mangeaient ni chair ni œufs à Pâques et aux fêtes solennelles : ils faisaient sécher à la crémaillère un chou dérobé dans un jardin voisin; ils portaient un os de mort en guise d'amulette; ils enfermaient dans un sachet une grenouille verte, et l'attachaient au cou du malade; ils mangeaient la première pâquerette qu'ils rencontraient; il recevaient la bénédiction, le même dimanche, dans trois paroisses différentes. En disant leur chapelet, ils cherchaient une tige de bouillon blanc, qu'ils jetaient aux vents; ils passaient à travers la fente d'un arbre; ils faisaient boire un cheval dans un seau d'eau et buvaient après; ils traversaient une procession entre la croix et la bannière; ils buvaient de l'eau bénite le samedi saint ou la veille de la Pentecôte; ils s'entortillaient les bras ou le cou avec les ourlets d'un linceul; ils buvaient trois fois, dans un pot neuf, de l'eau puisée à trois puits et mêlée ensemble

mes tentatives, brusquement arrêté au niveau de la prostate, à 3 centimètres à peine du col vésical, endroit où je tombai dans la fausse route, qui me parut profonde, autant que j'ai pu en avoir la sensation assez nette, de 2 centimètres à peu près. Elle me conduisait si près de la vessie qu'instinctivement je me demandais si je ne devais pas passer directement à travers le tissu prostatique et pénétrer de force dans la vessie. Inutile de dire que je résistai à cette incitation instinctive.

J'ajoute que le toucher rectal confirmait le diagnostic et me montrait une prostate considérable, totalement hypertrophiée, remplissant presque toute l'excavation.

L'indication était formelle, il fallait faire uriner le malade. Je lui fis une ponction de la vessie avec l'appareil Dieulafoy. L'urine que je retirai était franchement ammoniacale; le malade me dit que, d'ordinaire, elle était absolument normale.

J'évacuai à peu près 900 grammes d'urine, et lorsque je retirai le trocart, je laissai à peu près 500 à 600 grammes; le globe vésical dépassait encore notablement le pubis.

Le 19 mai, c'est-à-dire le lendemain, je vis le malade de très bonne heure le matin. La vessie était de nouveau distendue et remontait à deux travers de doigt de l'ombilic. Les envies d'uriner étaient fréquentes depuis deux heures du matin, et aucune miction n'avait été possible. Pas d'urine par regorgement.

L'état général s'est aggravé. La langue est sèche, la douleur rénale est plus vive. La température atteint 39, enfin les vomissements ont recommencé plus nombreux et plus violents.

Je n'essaie pas de nouveau le cathétérisme, me doutant bien que la fausse route ne peut être cicatrisée, et je fais une nouvelle ponction de la vessie. L'urine était d'une odeur ammoniacale repoussante, trouble et épaissie. Après avoir évacué à peu près la moitié du contenu vésical, je m'arrêtai, et convaincu que cet état de l'urine était une des causes importantes de l'état général, je pensai à faire le lavage de la vessie par la canule même du trocart qui m'avait servi à faire la ponction. Je me procurai de suite un litre de solution boriquée à 40 p. 1,000 et injectai lentement une demie pompe de l'appareil Dieulafoy. Puis je fis ressortir une égale quantité du mélange urine et acide borique. Je recommençai la manœuvre une dizaine de fois de suite jusqu'à ce que je ramenasse du liquide clair, limpide. Je laissai, dans la vessie, à peu près 50 grammes de solution boriquée; puis j'ordonnai au malade un grand bain d'une heure; une potion avec 4 grammes de borate de soude; des suppositoires, extrait thébaïque et belladone; enfin le régime lacté exclusif.

Le soir, à cinq heures, l'état général était complètement changé. Les vomissements

---

Toujours pour chasser la fièvre, les Provençaux faisaient bénir des pêches le jour de Saint-Césaire. Les Périgourdins, à l'Assomption, allaient, avant le lever du soleil, cueillir à reculons, neuf brins de petite gentiane qu'ils attachaient au cou d'un fièvreux, et alors ils lui en donnaient à boire une infusion. Un crapaud, étouffé la veille de la Saint-Jean, avait la même vertu. Souvent le fiévreux, levé de bon matin, marchait à reculons, et arrachait dans un pré une poignée d'herbes, sans se tourner ni la voir; il la jetait derrière lui et courait toujours sans se retourner : la fièvre passait au diable. Ou bien le fiévreux déposait, avec quelque mômerie, une pièce de monnaie dans un carrefour; celui qui ramassait la pièce, ramassait la fièvre.

L'eau de plusieurs fontaines guérissait ce mal, si commun dans tous les pays. La fontaine de Krignac (Finistère) triomphait de la fièvre tierce.

En général, pour vaincre la peur, il n'y avait qu'à ficher des épingles dans le soulier d'un mort, qu'à porter sur soi une dent ou un œil de loup, qu'à monter sur un ours.

Afin d'enlever ses rhumatismes, le malade faisait frapper trois coups d'un marteau de moulin par le meunier ou la meunière, en disant ; « *In nomine Patris*, etc. » La fontaine de Moniès, près de Daursir (Tarn) chassait les douleurs, au moyen d'ablutions sur la partie du corps qui était affectée. Dans les Landes, les rhumatisants ou les paralytiques se guérissaient de leurs maux, en s'introduisant à travers les étrines, ouvertures pratiquées dans l'épaisseur des piliers d'église.

Les Bretons préservaient un enfant de toutes les maladies, en lui mettant sa chemise humide sur le corps. Les Périgourdins recueillaient avec soin les cendres et les charbons

avaient disparu, la température était à 37. La langue était moins sèche, le malade se trouvait très soulagé. Les envies d'uriner avaient reparu deux heures après mon départ le matin.

Nouvelle ponction et nouveau lavage dans les mêmes conditions. L'urine était encore très légèrement ammoniacale, limpide, sauf les dernières gouttes que je devais aller chercher dans le bas fond, et qui étaient troubles, filantes et odorantes.

Dès ce moment, l'état général resta satisfaisant; à aucun moment, je ne vis revenir de la fièvre, et, chaque jour, je fis en moyenne trois ponctions suivies d'injections boriquées dans la vessie, les espaçant à peu près régulièrement, faisant en sorte de ne pas laisser le malade sans vider sa vessie plus de huit heures dans les vingt-quatre heures. Je dois ajouter que, dès le premier jour, je fis faire des lavages boriqués dans l'urèthre pour le débarrasser des caillots et empêcher toute suppuration de ce côté. A aucun moment, il n'y eut d'écoulement.

Le cinquième jour, j'essayai de nouveau de passer une sonde dans l'urèthre. Je réussis d'emblée, avec une sonde bicoudée que j'avais choisie de préférence à toute autre. Je pus alors facilement faire le lavage par les voies naturelles et je sondai mon malade trois fois par jour, ne faisant qu'un lavage dans les vingt-quatre heures. Pendant trois jours, tout allait à merveille, mais lassé de venir moi-même trois fois par jour, désirant aussi que mon malade pût lui-même se sonder plus souvent si cela était nécessaire, craignant qu'il ne sût se servir sans danger de la sonde bicoudée, j'essayai la sonde en caoutchouc rouge, molle, sans mandrin. Ce fut une mauvaise inspiration. Je retombai dans la fausse route, et essayant ensuite la sonde bicoudée qui passait si facilement la veille, je me retrouvai, comme au premier jour, en présence d'un cathétérisme impossible.

Il me fallut revenir au régime des ponctions. J'allai ainsi jusqu'au 30 mai, et atteignis le total de 31 ponctions hypogastriques. A deux reprises j'avais infructueusement essayé de cathétériser de nouveau l'urèthre, et ce fut avec grande satisfaction que je vis la miction se rétablir progressivement, spontanée; d'abord incomplète, puis peu à peu normale. Malheureusement, dans les premiers jours, le malade, par la miction, vidait sa vessie, et, au bout de quatre jours, les urines redevenaient légèrement ammoniacales.

Je passai une sonde bicoudée d'emblée. La fausse route était certainement cicatrisée, un lavage fait chaque jour débarrassa l'urine de l'épais mucus qui s'accumulait dans le bas fond, et, quinze jours plus tard, la guérison était parfaite.

---

de la bûche de Noël, qui enlevaient les affections morbides aux hommes et aux animaux. Dans quelques pays, on conservait du beurre de mai, afin de fermer les plaies. Les paysans de la Montagne-Noire tâchaient de se procurer un couteau à manche blanc, remède infaillible contre la colique.

En attachant un clou de crucifix au bras d'un épileptique ou bien en lui faisant porter soit un anneau d'argent, soit une médaille avec les noms de Gaspar, Melchior et Balthazar, on lui retirait sa grave infirmité.

Contre les verrues, un spécifique très simple : les frotter avec de la bourre ou du genêt, envelopper des pois chiches ou des caillonx dans un linge, que l'individu jetait derrière soi dans un chemin. Quiconque avait mal aux dents, les touchait avec une dent de mort, ou plantait un clou dans un mur, ou demandait trois aumônes en l'honneur de saint Laurent, et la douleur disparaissait. Parfois le son des cloches amenait le même résultat.

Le remède à l'hémorrhagie, c'était de saigner du nez sur des fétus de paille en croix ou de placer dans le dos une clé forée.

Celui qui courait çà et là dans une église, évitait la pleurésie. Attacher une branche de prunier dans la cheminée, appliquer un soc de charrue au creux do l'estomac, cela préservait du mal de gorge. La coutume provençale, en ce cas, consistait à bénir, le 3 février, jour de Saint-Blaise, du pain, du sel et du raisiné, regardés comme des spécifiques.

En se roulant tout nu dans un champ d'avoine, en arrachant une poignée d'avoine en

Le malade put retourner en province, reprit sa vie tranquille, et n'a, depuis, éprouvé le moindre accident.

Les conditions dans lesquelles je le vis le premier jour étaient très graves : l'âge avancé, la nécessité d'évacuer la vessie, les modifications de l'urine, tout était réuni pour indiquer une intervention rapide.

La ponction de la vessie remplissait une des indications, mais ne pouvait remédier à l'état de l'urine et à l'empoisonnement urineux qui en était certainement la conséquence. La voie uréthrale était interdite par la fausse route dans laquelle toutes les sondes maniées avec prudence et patience allaient se perdre.

Le lavage de la vessie sans sonde n'était pas possible puisque le malade n'urinait pas seul? A un moment peut-être il eût pu me rendre de grands services, si je n'avais pu passer une sonde : c'est lorsque mon malade, après la période de congestion passée, put uriner seul. Si à ce moment ma sonde n'eût pu pénétrer dans la vessie, comme l'urine présentait des troubles par rétention incomplète, et que mon malade pouvait uriner en partie, peut-être m'eût-il été possible, et j'étais parfaitement décidé à le faire, de faire avec le siphon de Vandenabeele pénétrer la solution boriquée que le malade eut ensuite urinée spontanément. Ces conditions, qui n'ont pas été signalées, que je sache, ni dans les mémoires de Vendenabeele ni dans les mémoires de M. Lavaux, sont, me semble-t-il, très favorables au lavage de la vessie sans sonde, celle-ci ne pouvant pas être employée.

Quoi qu'il en soit, le procédé du lavage de la vessie par la ponction hypogastrique m'a rendu les plus grands services. Je ne l'ai encore vu signaler dans aucun auteur. D'après quelques recherches que j'ai faites à cet égard, je ne crois pas qu'il ait encore été employé. Aussi ai-je tenu à le signaler.

Quel danger présente-t-il? Est-ce d'injecter dans le tissu cellulaire la solution boriquée. Si on a soin d'enfoncer profondément la *canule* du trocart, dès qu'on est sûr qu'elle est dans la vessie, ce que l'on constate

---

grappe et en laissant sécher sur une haie, on se prémunissait contre lagale. On crachait dans la gueule d'une grenouille vivante, et l'on éloignait la toux.

Les biscotins de Saint-Denis étaient un remède contre la rage. Pour qui plongeait ses mains dans le fumier, le 1er mai, pas d'engelures possibles. La fontaine de la reine, sur la montagne de Candiel, près de Lacaune (Tarn), délivrait de la lèpre ceux qui se plongeaient dans son eau.

On extirpait les furoncles en soufflant à jeun trois fois de suite, neuf jours durant, dans la bouche du malade ; on enlevait les maux d'oreilles en les touchant avec une main de squelette ; on domptait le mal de tête en se liant les tempes avec une corde de pendu.

Et dire que tous cela existe encore dans certaines parties de notre France, et qu'on pourrait écrire pour elles cet article, non au passé, mais au présent ! Et il y en a bien d'autres ! SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE LES ULCÈRES CACHECTIQUES. — Voskresenscki.

Benjoin de Siam porphyrisé	8 grammes.
Cire jaune et axonge ãã	15 —

F. s. a. une pommade par le pansement des ulcères cachectiques. — L'ulcère lavé à l'eau chaude est épongé avec de l'ouate hydrophile ; puis, on le couvre d'une toile enduite de la pommade ci-dessus. — On renouvelle le pansement tous les deux ou trois jours. — N. G.

par l'issue de l'urine, ce danger n'est pas à craindre; de plus, si quelques gouttes de solution s'égaraient dans le tissu prévésical, elles n'amèneraient, je crois, que peu d'inconvénients.

Quant aux dangers tenant à la ponction hypogastrique elle-même, on sait combien ils sont peu nombreux. La piqûre d'une veine distendue, que je fis une fois, n'amena d'autre inconvénient que de produire une ecchymose étendue sus-pubienne; la péritonite n'est guère à redouter puisque la vessie est suffisamment distendue pour qu'on n'ait pas à craindre de blesser le péritoine, et puis, le ponctionnerait-on, que l'on aurait toutes les chances pour ne voir rien survenir si l'on a eu soin de n'opérer qu'avec un trocart irréprochablement propre. C'est, en effet, à cette propreté réelle que l'on doit d'éviter les abcès qui se produiraient si facilement dans cette petite région piquetée par les ponctions nécessairement fort voisines les unes des autres, inoculant dans le tissu cellulaire, soit une goutte d'urine, soit une goutte de solution boriquée, soit enfin de la vaseline ayant servi à graisser le trocart.

A la suite des trente ponctions faites à mon malade, il se fit une légère induration sus-pubienne large comme une pièce de cinq francs, mais aucun des points de ponction ne suppura, et à aucun moment il n'y eut de douleur superficielle ou profonde.

Si je n'eusse employé ce procédé si parfaitement simple du lavage antiseptique hypogastrique, à quelle intervention aurais-je été conduit, par la force même des choses, par l'état grave de mon malade? A une opération beaucoup plus grave et beaucoup plus lente à guérir, à la taille hypogastrique, qui m'eût permis le cathétérisme rétrograde, au drainage sus-pubien, ou à la boutonnière périnéale de Thompson.

Je n'envisage pas cette dernière intervention qui semble maintenant abandonnée par presque tous les chirurgiens, sauf quelgues indications exceptionnelles. Le drainage sus-pubien, que préconise Thompson, est beaucoup plus difficilement fait d'une façon antiseptique. Le tube vésical laisse très aisément l'intérieur de la vessie en communication avec l'extérieur. Il est difficile à surveiller, peut sortir pendant un faux mouvement; enfin, si l'on veut faire des lavages intra-vésicaux, il présente les mêmes dangers, si l'on en trouve, que ceux des lavages par la ponction capillaire. Ajouterai-je à ces inconvénients la possibilité d'abcès se faisant autour du trocart, et surtout l'établissement d'une fistule, qui peut être d'une durée indéterminée et d'une guérison difficile ?

La taille hypogastrique serait la meilleure intervention à laquelle on pourrait avoir recours et la plus certainement efficace. C'est ainsi qu'agit M. Rohmer (1) chez un vieux prostatique atteint, comme mon malade, de rétention d'urine et de fausse route uréthrale. Après deux ponctions sus-pubiennes, il se décida à pratiquer la taille hypogastrique et à placer une sonde par le cathétérisme rétrograde. Celle-ci n'ayant pu être conservée, il plaça dans la plaie une canule pour déterminer la formation d'une fistule qui ne fut obtenue qu'avec quelque difficulté.

Quoique le résultat obtenu par M. Rohmer ait été satisfaisant, on ne peut nier que le procédé des ponctions successives et des lavages de la vessie par l'hypogastre ne soit d'une bénignité et d'une facilité incomparables. Au point de vue de l'efficacité, en est-il de même? Lorsque l'on

(1) Rapport de M. Berger. (Société de chirurgie, juin 1888.)

connaît la marche ordinaire des rétentions d'urine chez les prostatiques, n'est-il pas permis de chercher par tous les moyens à attendre le moment où, la congestion passagère ayant disparu, le malade pourra uriner spontanément. Enfin, dans les cas analogues au mien et à celui de M. Rohmer, l'obstacle principal n'est pas l'hypertrophie prostatique, mais bien la fausse route. Or, attendre la cicatrisation de celle-ci est le but auquel on doit prétendre avant l'essai de tout nouveau cathétérisme. L'antisepsie vésicale, l'évacuation de l'urine sont les deux indications à remplir pour atteindre ce but; la ponction hypogastrique répétée, suivie du lavage de la vessie, me semble le moyen le plus facile, le plus bénin et le plus efficace pour obtenir ce double et précieux résultat.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de carcinome du sein (récidive) traité par inoculation d'érysipèle, par A. HOLST. (*Centralbl. fur Bakt.*, t. 3 et *Journ. des Conn. méd.*, 1888, 39.) — Quelques mois après l'extirpation d'un sein cancéreux, une femme avait vu apparaître un nouveau cancer sur la peau, toute la moitié droite de la poitrine était une plaie bourgeonnante, car le carcinome avait envahi la peau. La femme avait un bon état général. On lui conseilla de se soumettre à une inoculation d'érysipèle, elle y consentit. Une première inoculation ne fut pas suivie d'effet, mais, trente-six heures après une seconde, elle fut prise de frissons, la rougeur érysipélateuse s'étendit peu à peu sur le bras droit et un érysipèle caractéristique se développa. La rougeur gagna la partie gauche de la poitrine et le dos. Elle s'étendit sur la plaie.

La fièvre tomba le septième jour.

Quatre mois et demi après l'inoculation, on constata que tout était revenu à l'état initial, l'amélioration qui paraissait s'être produite pendant les premiers mois avait disparu. Les nodules cancéreux ont apparu sur la partie interne du bras, et la maladie suivait son cours. Somme toute, cette expérience montra simplement que, sous l'influence de l'érysipèle, la marche du cancer d'abord ralentie, prit dans la suite une marche plus rapide. Ce cas se rapproche donc de celui de Neelsen qui vit, sous l'influence de l'érysipèle, le cancer avoir une marche plus rapide. — P. N.

Cause prochaine de la mort dans les pleurésies, par O. HAGEN-TORN. (*Arch. f. Path. anat.*, 111, H. 3, et *Revue des sciences médicales*, 1888, 4.) — Hagen-Torn ne pense pas qu'on puisse attribuer la mort subite survenant dans le cours d'une pleurésie, à une compression de la veine cave inférieure, empêchant le sang d'arriver au cœur. L'observation de plusieurs cas cliniques lui a montré que le sang est stagnant dans le poumon sain pendant les expirations courtes et faibles, tandis qu'il afflue au poumon et au cœur droit dans les aspirations fortes. Il en résulte un pouls faible et de la cyanose. Le cœur gauche souffre de ces changements respiratoires : l'expiration n'est pas favorable à son fonctionnement et l'expiration plus énergique peut aller jusqu'à arrêter les contractions du cœur.

C'est là ce qui peut amener la mort dans le cours d'une pleurésie. Après la ponction, on voit le diaphragme se contracter plus énergiquement et contribuer à augmenter la pression négative de l'inspiration, de sorte que le poumon comprimé et le cœur ne reprennent pas leur place normale. Il convient, par conséquent, d'attribuer la mort subite survenant dans ces cas à un arrêt du cœur, causé par l'augmentation de la pression négative, amenée dans le thorax par l'inspiration.

L'expérimentation sur un chien a montré à l'auteur qu'après l'injection d'huile dans la cavité pleurale, la pression intra-thoracique négative descendrait à — 10 jusqu'à — 15 millimètres de mercure, et après que l'animal eut été sacrifié par un coup de fusil, le cœur droit fut trouvé dilaté par un gros caillot, tandis que le ventricule gauche était vide et contracté. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 octobre 1888.

De la claudication par douleur, par M. Marey. — « Parmi les nombreuses causes de claudication, il en est une — et c'est elle qui fait le sujet de cette note — dont je m'occuperai spécialement aujourd'hui, c'est la douleur provoquée par l'appui du pied sur le sol. La claudication est alors volontaire; elle a pour but d'atténuer la souffrance en diminuant la pression du pied sur le sol.

Or, au point de vue des lois mécaniques qui régissent la pression du pied sur le sol, il y a lieu de considérer trois cas, dans lesquels cette pression est tantôt égale au poids du corps, tantôt inférieure à ce poids :

1° Si le centre de gravité du corps est immobile ou animé d'un mouvement uniforme d'élévation ou d'abaissement, la pression sur le sol est précisément égale au poid du corps;

2° Si le centre de gravité s'élève d'un mouvement accéléré, c'est que l'appareil musculaire fait plus que soutenir le poids du corps, il développe un surcroît d'effort qui se transmet au sol et qui a pour mesure l'accélération même imprimée à la masse du corps;

3° Si le centre de gravité du corps s'abaisse d'un mouvement accéléré, le poids du corps ne se transmet pas tout entier au pied à l'appui, car une partie de la pesanteur travaille à produire l'accélération descendante de la masse du corps. Cette force, qui ne se transmet pas au sol, représente une partie du poids du corps d'autant plus grande que l'accélération descendante est plus grande et s'approche davantage de 9 m. 80 par seconde.

Ces conséquences nécessaires de la théorie se vérifient, par l'expérience, lorsqu'on a recours à l'emploi simultané de la photochronographie, pour saisir les phases de l'accélération verticale du centre de gravité et du dynamomètre inscripteur, pour mesurer la valeur de la pression sur le sol à chaque phase des mouvements. »

Séance du 29 octobre 1888.

Sur un microbe pyogène et septique (le staphylococcus pyosepticus) et sur la vaccination contre ses effets, par MM. J. Héricourt et Ch. Richet. — « Nous avons trouvé, dans une tumeur épithéliale non ulcérée, constatée à l'autopsie d'un chien et enlevée au moment de la mort, un micro-organisme qui y pullulait. Disons tout de suite que nous avons essayé, d'ailleurs sans succès, de reproduire des tumeurs analogues par l'inoculation de ces cultures. Aussi tous les phénomènes pathologiques que nous avons constatés ne nous paraissent-ils pas avoir de rapport avec cette origine. Nous devons expressément mentionner quel a été le point de départ de nos recherches.

Par sa forme et par ses dimensions, par ses réactions colorées et par l'ensemble de ses caractères biologiques, ce microbe ressemble au *staphylococcus pyogenes albus*, dont il diffère surtout par les trois caractères suivants : 1° dans les cultures liquides, il foisonne à la surface, en formant des agrégats blanchâtres qui tendent à tomber au fond en filaments visqueux. Au contraire, le *st. pyogenes albus*, dans ces mêmes liquides de culture, trouble le liquide d'une manière plus homogène, et ne s'amasse pas à la surface. Ce caractère est absolument net et perm t, de loin, de différencier à coup sûr une culture de *st. pyosepticus* d'une culture de *st. albus;* 2° il est plus septique et plus virulent que le *st. albus;* inoculé sous la peau, à la dose de 1 ou 2 gouttes, il tue un lapin de 2 kilogrammes en vingt-quatre heures environ, parfois même en douze heures, ce qui ne se produit pas avec le *st. albus;* 3° inoculé sous la peau, à cette faible dose de 1 ou 2 gouttes, il produit un œdème énorme, gélatineux, transparent, qui, dans certains cas, est plus gros que le poing. Cet œdème commence à apparaître deux ou trois heures après l'inoculation et, au bout de douze heures, son maximum est atteint. Rien de semblable avec le *st. albus*, qui provoque de la suppuration sans œdème. Ces trois carac-

tères nous paraissent suffisants pour établir une différenciation formelle entre ces deux micro-organismes, d'ailleurs voisins.

Chez les animaux qui ne succombent pas dans les premières vingt-quatre heures, l'œdème peut se résorber partiellement et devenir une collection purulente semblable aux abcès provoqués par le *st. albus*. Chez le chien, d'ailleurs, on n'observe ni la mort ni l'œdème, mais simplement la formation d'un gros abcès.

Pour rappeler le double effet de ce microbe sur les lapins, nous l'avons dénommé *st. pyosepticus*. Il nous a paru utile d'essayer de vacciner des lapins contre ce micro-organisme, recherche d'autant plus intéressante que rien de semblable, à notre avis, n'a été fait pour le *st. albus*, dont les effets généraux ont été peu étudiés. Or, nous avons pu vacciner les lapins en les inoculant au préalable, à une ou plusieurs reprises, avec des cultures faites en employant des bouillons moins aptes au développement du microbe, c'est-à-dire des bouillons (de bœuf) non peptonisés.

Voici, entre beaucoup d'autres, une expérience bien démonstrative : Le 20 août, on inocula 1 goutte de *st. pyosepticus* à un lapin témoin, 2 gouttes à un autre lapin témoin, 3 gouttes à un troisième témoin, 8 gouttes à un lapin vacciné deux fois, 8 gouttes à un lapin vacciné trois fois, 10 gouttes à un lapin vacciné deux fois. Les trois lapins vaccinés ont survécu et vivent encore aujourd'hui, tandis que les trois témoins sont morts en douze, trente et trente heures.

D'ailleurs, toutes les inoculations de *st. pyosepticus* qui ne déterminent pas la mort sont des vaccins. Par conséquent, il suffit de diminuer la virulence d'une culture par un procédé quelconque pour en faire un vaccin. Cette diminution de virulence s'obtient soit en employant des cultures vieillies (le maximum de virulence s'observe quarante-huit heures environ après l'ensemencement), soit en employant des cultures qui ont digéré à des températures supérieures ou inférieures à la température *optima*, qui est de 36° à 39°.

Il nous a semblé que les bouillons stérilisés par une température de 100 degrés ou par la filtration sur porcelaine pourraient aussi, étant injectés dans la veine ou dans le péritoine, conférer l'immunité vaccinale. Mais nous n'avons pas poussé très loin nos recherches dans ce sens.

Ces effets vaccinaux ne consistent pas seulement dans la survie de l'animal; ils portent encore sur la réduction de l'œdème, qui, chez les lapins bien vaccinés, est insignifiant, et sur l'absence de fièvre. Ainsi, dans une expérience faite le 23 juillet, deux lapins témoins avaient, le lendemain de l'inoculation, 40° et 40°5; les autres lapins, vaccinés préalablement par divers procédés et inoculés en même temps que les témoins par 5 gouttes de bouillon de culture du *pyosepticus*, avaient 39°6, 40°, 40°, 39°8, 39°4, 39°6, 39°5, 39°4, 39°5, 40°4, 39°9, 39°7 et 39°4.

Ainsi, les effets virulents du *pyosepticus* comportent une vaccination. Tous les procédés que nous venons de décrire rentrent dans les méthodes générales de M. Pasteur et de ses élèves. Mais nous avons pu employer un procédé nouveau (tranfusion péritonéale de sang de chien), que nous décrirons avec détail dans une prochaine communication. »

Traitement du choléra par le sublimé, par M. Yvert. — « J'ai expérimenté, au Tonkin, l'emploi du deutochlorure de mercure, à la dose de 2 à 4 centigrammes par jour, chez des sujets atteints du choléra. Les résultats ont été des plus encourageants, car, sur 45 cholériques, 9 seulement ont succombé, soit une mortalité de 20 p. 100. J'ai également eu recours à la même médication sur un certain nombre de soldats convalescents, notamment de dysenterie, qui étaient revenus séjourner au milieu de cholériques et, grâce au deutochlorure de mercure, aucun d'eux n'a été atteint par l'épidémie cholérique.»

FORMULAIRE

Pommade contre les furoncles. — — Jori ssenn.

Précipité rouge.................. 0 gr. 10 centigrammes.

Lanoline ou vaseline.............. 10 grammes.

Mêlez. — S'il s'agit d'un orgelet, on frictionne très légèrement la paupière avec cette pommade, dès l'apparition du mal. On peut réduire la dose du précipité rouge à 6 ou 8 centigr. chez les personnes dont la paupière est délicate et irritable. — Une seule friction de 3 ou 4 minutes de durée peut arrêter la marche de petits furoncles; et même ceux dont la longueur excède deux centimètres rétrocèdent parfois après quelques onctions pratiquées le même jour. — L'auteur recommande la même pommade contre l'éruption d'acné. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histologie.* — M. le professeur Mathias-Duval commencera ce cours le jeudi 8 novembre 1888, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux; les éléments de la génération; le système nerveux.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences, le lundi 12 novembre 1888, à deux heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gariel commencera ce cours, le lundi 12 novembre 1888, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 13 novembre 1888, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie générale. — M. Ballet, agrégé commencera ces conférences, le samedi 10 novembre 1888, à quatre heures (salle Laennec), à la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours de clinique médicale.— M. le professeur Peter commencera son cours, à l'hôpital Necker, le vendredi 9 novembre 1888, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Clinique médicale. — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours, à la Pitié, le samedi 10 novembre 1888, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 12 novembre 1888, à cinq heures de l'après-midi, à la Faculté (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'École pratique, à une heure et demie dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'École-de-Médecine, au 2e étage.)

M. Cornil fait des autopsies tous les jours (amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter à ce sujet l'affiche concernant la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Maladie des yeux. — M. le docteur Dehenne reprendra ses conférences de clinique ophthalmologique à sa clinique, rue Monsieur-le-Prince, 24, le lundi 12 novembre, à deux heures, et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure.

Le samedi sera spécialement consacré aux exercices ophthalmoscopiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Phlegmon périprostatique. — Foyer anormal de suppuration.

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 octobre 1888.

Par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Le 28 décembre 1887, M. M... vient me consulter pour une gêne douloureuse qu'il éprouve à la région périnéale et divers troubles pendant la miction.

C'est un homme de 27 ans, d'apparence peu robuste, qui cependant ne présente aucun antécédent morbide, ni héréditaire ni personnel. Son père et sa mère sont morts à un âge peu avancé à la suite d'affection aiguë; il n'a ni fièvre ni sueur. Personnellement il a eu, dans son enfance, quelques affections fébriles, mais ne paraît entaché d'aucune tare constitutionnelle.

Dernièrement, en juillet 1887, une fièvre typhoïde le tint six semaines au lit; elle paraît avoir suivi son cours normal et sans complication.

Du côté de l'appareil génito-urinaire, M. M... accuse, à l'âge de 18 ans, une première blennorrhagie qui disparut franchement au bout d'un mois. Une deuxième blennorrhagie, deux ans après, a persisté à l'état aigu pendant plusieurs mois, puis a diminué graduellement sans disparaître tout à fait. L'écoulement revenait chaque fois que le malade pratiquait le coït; et, à plusieurs reprises, il eut des mictions fréquentes et douloureuses. Enfin, il éprouva une gêne vague de la région périnéale. Après chaque irrégularité de régime une certaine quantité de matière blanchâtre venait parfois sourdre au méat au moment de la défécation. M. le professeur Guyon, consulté à ce moment, porte le diagnostic de prostatite chronique.

Pendant les cinq années qui suivirent, le malade ne suivit guère de traitement, bien que tous les phénomènes observés eussent continué sans modifications. Cependant, depuis deux ans environ, les mictions devenaient plus lentes, plus difficiles, et déterminaient ordinairement de la cuisson.

Ces différents sympômes reprirent une intensité nouvelle pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Au bout de plusieurs mois de continence, à la fin de novembre 1887, M. M... voulut pratiquer le coït; cette tentative fut suivie de douleurs périnéales constantes et assez vives, surtout pendant la miction, qui devenait en même temps plus lente, et des douleurs provoquées par les défécations, symptôme ressenti pour la première fois. Néanmoins tous ces phénomènes se calmèrent, et, quinze jours après, le coït fut pratiqué de nouveau. De nouveau aussi le même ensemble symptomatique reparut, les difficultés de la miction s'accentuant encore. C'est alors que je vis M. M... le 29 décembre 1887.

La palpation des différents organes génito-urinaires fut à peu près négative. Les épididymes sont sains, les cordon non douloureux; seule la pression de la région hypogastrique éveille une légère sensibilité. L'exploration de l'urèthre, pratiquée après irrigation boriquée du canal et à l'aide d'instruments rigoureusement antiseptiques, permit de constater un premier rétrécissement (n° 13) dans la traversée scrotale, et un deuxième plus serré et n'admettant qu'un n° 8 à la région bulbaire; la boule exploratrice, après avoir franchi ce point, éveille une vive douleur dans l'urèthre prostatique.

Par le toucher rectal, on trouve la prostate augmentée de volume, inégale, un peu bosselée; le lobe droit prédomine sensiblement, la pression sur cette glande est douloureuse, surtout au point le plus tuméfié, mais ne provoque pas l'issue du liquide blanchâtre; ce symptôme a d'ailleurs disparu depuis longtemps. Les vésicules sont saines; cependant leurs parois, de même que le bas-fond vésical, semblent légèrement rénitentes et un peu épaissies.

L'exploration des reins et des uretères ne révèle rien d'anormal.

Les symptômes fonctionnels sont ceux dont j'ai déjà parlé : la miction est douloureuse pendant toute sa durée, sans l'être davantage pendant l'expulsion des dernières gouttes. Les urines sont troubles au moment de leur émission, laissant, après repos, un dépôt muco-purulent surmonté d'un liquide parfaitement limpide.

Les fonctions des autres appareils sont normales. Depuis quelques jours, le malade éprouve cependant quelques malaises vagues vers le rein.

Le soir et le lendemain de l'exploration, il y eut un mouvement fébrile traduit par de l'inappétence, un sentiment de chaleur à la peau que le malade n'avait pas encore éprouvé.

Le 3 janvier, après avoir fait prendre 1 gramme de sulfate de quinine, je commence la dilatation progressive à l'aide de bougies olivaires n°s 8 et 9 qui rencontrèrent une résistance à peine sensible. Le soir, il ne paraît pas y avoir eu d'accès de fièvre; mais les douleurs uréthrales pendant les mictions et dans leur intervalle, acquirent une intensité plus grande; elles persistèrent le lendemain et le surlendemain à un degré plus faible.

Le 5 janvier. — Deuxième séance de dilatation avec les n°s 9 et 10. Le soir, il y eut un accès de fièvre plus intense, quoique sans frissons. Les mictions devinrent très douloureuses.

Le 6. — Par le toucher, on trouve la prostate sensiblement augmentée de volume et très douloureuse, et les mictions toujours pénibles; elles sont devenues plus fréquentes et les besoins ne sont plus complètement satisfaits. Les urines présentent un dépôt purulent un peu plus abondant.

Le 6 et le 7. — On administre toutes les quatre heures un lavement très chaud à 50° centigrades) injecté très lentement dans les parties inférieures du rectum pendant que des compresses d'eau également chaude sont appliquées au périnée. Au bout de peu de temps, les douleurs diminuèrent et, le deuxième jour, la prostate était devenue moins sensible.

Le 8. — Jugeant la dilatation progressive dangereuse, et en présence des symptômes d'évacuation incomplète de la vessie, je pratique l'uréthrotomie externe. L'urèthre antérieur et le gland étant largement irrigués avec une solution boriquée, les instruments, flambés et soumis à une antisepsie rigoureuse, j'employai la lame n° 21 de l'uréthrotome de Maisonneuve. Le saignement fut insignifiant et je plaçai très facilement une sonde à bout coupé n° 15 qui fonctionna bien pendant six heures environ. A ce moment, des besoins très violents se produisirent coup sur coup avec des douleurs périnéales et uréthrales. L'urine s'écoulait à la fois entre les parois de l'urèthre et la sonde, et par le canal central de celle-ci, qui n'était donc pas bouchée, ce qu'une injection démontra amplement. Cet état de choses persistant une heure après, je retirai la sonde.

Temp. le matin, 37°8. — Temp. le soir, 39°9.

Le 9. — Les mictions sont pénibles, non fréquentes; elles sont difficiles, mais se font néanmoins sans rétention.

Dans les journées des 10, 11, 12 janvier, j'assistai au développement d'une prostatite aiguë; la glande augmenta de jour en jour, acquit le volume d'une mandarine; la face rectale en était dure, tendue; la pression était douloureuse, de même que la défécation, malgré les lavements. Les mictions, très pénibles également, restaient peu fréquentes. En même temps, le malade accusa une douleur légère au-dessus de la région inguinale. La température oscilla entre 38°9 le matin et 40°2 le soir. Il n'y eut pas de frissons.

Dix sangsues furent appliquées au périnée et des lavements très chauds étaient donnés trois fois par jour.

Du 15 au 18 janvier, les choses se modifièrent sensiblement; le volume de la prostate

sembla diminuer; mais aussi les contours de la glande s'effacèrent; entre celle-ci et le doigt, on sentait l'interposition d'une couche épaisse de tissus qui, en haut, englobait la base de la prostate, les vésicules et le bas-fond vésical en s'étendant sur les parois du rectum. La douleur inguinale s'était accentuée et on sentait au-dessus de l'arcade de Fallope un empâtement profond mal limité dont le maximum semblait occuper le milieu de cette arcade. Les urines restaient peu chargées, toujours avec une très petite quantité de pus.

Je fis de nouveau appliquer des sangsues, huit au périnée et huit à la région inguinale.

La température se maintint toujours entre 39° et 40°5.

Du 18 au 20, une amélioration notable survint, la température baissa à 38°, les douleurs diminuèrent et le toucher permit de constater une diminution en masse de la tumeur prostatique; les limites de la glande sont des plus difficiles à trouver, et on éprouve parfois une résistance particulière égale et semblable à elle-même dans tous ses points, sans que nulle part on sente une mollesse ou une dépressibilité indiquant un foyer purulent. Ce fut d'ailleurs l'avis du professeur Guyon, qui vit le malade à ce moment.

Pendant les trois jours suivants, on put croire à une guérison; la région prostatique était de moins en moins douloureuse, de même que les mictions; la température tomba à 37°6. Cependant, la palpation de la région inguinale faisait toujours constater un empâtement douloureux à la pression.

Le 24 janvier, le malade fut tourmenté par des érections prolongées; pendant la journée, les douleurs abdominales reparurent avec une assez grande violence; la température remonta à 38°8.

Le lendemain 25, malgré l'application de douze sangsues, la tuméfaction inguinale augmente, et un frisson de dix minutes apparut; c'était le premier depuis le début de la maladie.

Le 26, l'empâtement s'étendit un peu en haut et en dehors, du côté de la fosse iliaque; le foyer paraissait situé au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Il ne semblait y avoir aucun prolongement vers la ligne médiane, et l'intégrité du trajet inguinal est absolue. Cette tuméfaction était bien nettement profonde; la paroi abdominale, bien que soulevée, n'était certainement pas intéressée.

Enfin, le 27 au soir, la fluctuation devint manifeste au centre de la tuméfaction.

Pendant l'évolution de ces phénomènes qui s'était faite en quatre jours, j'avais pratiqué journellement le toucher rectal. Chose curieuse, la région prostatique ne se modifia pas; non seulement la glande n'augmenta pas de volume, mais la sensation de résistance diminua un peu et les contours de la glande furent facilement appréciables; la douleur était également moindre au toucher, et la miction moins pénible; seule, la défécation était encore accompagnée de douleurs, mais celles-ci n'avaient plus le même caractère : elles irradiaient dans tout l'abdomen.

Le 28 janvier je procédai à l'ouverture de la collection sus-inguinale. Avec l'aide de mon ami M. Wickham, je pratiquai à un centimètre au-dessus de l'arcade, au point le plus fluctuant, une incision de dix centimètres environ étendue depuis l'épine iliaque antérieure et inférieure jusqu'au niveau de vaisseaux iliaques. j'incisai couche par couche jusqu'à l'aponévrose du grand oblique; celle-ci à peine ouverte, le pus jaillit et je continuai la section aponévrotique à l'aide de ciseaux. Il sortit une quantité considérable de pus que je pus évaluer à un verre; les parois de la poche étaient constituées en dehors par celles de la fosse iliaque : en dedans je cherchai avec les plus grandes précautions s'il n'y avait pas de prolongements profonds que je pusse drainer, je n'en découvris aucun. Les parois étaient assez épaisses et résistantes. La cavité fut lavée à la solution phéniquée forte. De gros drains placés dans les prolongements et la cavité remplie de gaze iodoformé.

La température tombe à 38° le soir, et ne dépasse pas 37°5 les jours suivants. Au deuxième jour un des drains fut retiré, et le second quatre jours après; la plaie se combla très régulièrement et fut complètement fermée le 15 février, 17 jours après l'incision.

La résolution de l'inflammation périprostatique suivit son cours régulier. Peu à peu l'empâtement périphérique diminua et la glande présenta de nouveau sa forme et son aspect normaux. Le 12 mars, un mois environ après, les parois rectales manquaient encore de souplesse; la pression ne provoquait aucune douleur.

Les mictions étaient encore un peu douloureuses; surtout lorsque le malade était resté longtemps assis, qu'il était constipé ou qu'il s'exposait à une cause congestive quelconque. Un mois après, ces phénomènes disparurent complètement.

Le 10 mai, quatre mois et demi après l'uréthrotomie, je commençai la dilatation progressive; l'introduction de bougies ne fut suivie d'aucune réaction et fut facilement poussée jusqu'au n° 23 Charrière. A ce moment la prostate était absolument normale, peut-être un peu plus petite et un peu plus dure. Les tissus périprostatiques sont sains.

Les faits de suppuration périprostatique avec envahissement de la région inguino-iliaque ne sont pas des plus communs, et l'ouverture unique de ces collections à la région inguinale ne figure que dans 23 observations sur 115 que M. Segond a réunies dans sa thèse. Les ouvertures simultanées à la fois à la région iliaque et dans le rectum, ou l'urèthre, ou le périnée sont un peu plus fréquentes.

Cependant aucun de ces faits n'est absolument semblable à celui que j'ai rapporté.

En effet, dans tous ces cas, il s'est agi de suppuration périprostatique franche; les signes d'une collection prérectale, périvésicale étaient nets; dans un cas de M. Guyon, on a constaté à l'autopsie de larges décollements autour de la vessie et de la prostate avec des fusées le long du psoas et dans l'atmosphère celluleuse du rein. Dans les observations où le malade a guéri, on voit nettement la suppuration envahir le trajet du cordon et apparaître après avoir suivi ce trajet à la partie interne de l'arcade de Fallope.

Dans le cas précédent, les choses ne se sont pas passées de même. Il y a eu, il est vrai, au début une périprostatite diffuse parfaitement caractérisée, on sentait nettement cet empâtement profond enclavant et immobilisant les organes que M. Reliquet a comparé à la sensation que donne un phlegmon du ligament large. Puis a commencé une révélation franche de tout le symptôme. Enfin, au bout de quelques jours, la fièvre se rallume, l'état général redevient alarmant, et on constate alors que l'inflammation périprostatique reste silencieuse, tandis qu'il se développe dans la région ilio-inguinale en dehors du trajet inguinal un phlegmon à marche très rapide. C'est en quelque sorte un phlegmon nouveau qui se développe, en dehors du foyer primitif et qui n'a plus retenti sur lui.

Si, dans les mémoires publiés sur la suppuration prostatique, on ne rencontre par des faits semblables au mien, en revanche, il en est un qui offre avec lui de grandes analogies, c'est une observation de phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique publiée par M. Faucon, dans les *Archives de médecine,* en 1877. Dans ce cas, le parenchyme de la glande n'a pas suppuré, il n'y a pas eu abcès; mais l'existence d'une cystite, d'une épididymite indiquait que l'urèthre profond avait été le siège d'une vive inflammation et que les lymphatiques baignaient dans le pus.

Je m'appuierai sur le rapprochement de ces deux faits pour chercher à établir la pathogénie des accidents que j'ai observés. Le trajet inguinal peut certainement être mis en cause; mais, ordinairement, la propagation est facile ou du moins possible à observer, ici l'attention la plus minutieuse, les recherches les plus répétées n'ont permis de rien découvrir à la région inguinale interne. De plus, les accidents du côté de la prostate et

du tissu périprostatique ne paraissent pas avoir jamais dépassé les limites d'une inflammation, très vive il est vrai, mais qui n'a déterminé de suppuration dans aucun point. Remarquons enfin que, presque au début des accidents prostatiques, le malade accusa une douleur au-dessus du pli de l'aîne, suivie d'un gonflement de la région inguinale profonde.

Il me semble que le système lymphatique a joué ici le rôle principal. Les lymphatiques de la prostate se divisent en deux groupes dont l'un, le supérieur, se rend à un ganglion situé entre le trou sous-pubien et la partie correspondante du détroit supérieur. Or, c'est à ce niveau que les accidents ont débuté. Sans doute la situation de ce ganglion est bien profonde; mais il ne faut pas oublier d'une part la chaîne presque continue de vaisseaux et de ganglions lymphatiques qui entourent les artères et les veines iliaques et leurs branches; d'autre part, que le tissu cellulaire sous-péritonéal n'oppose qu'une bien faible barrière à la progression inflammatoire. Il est donc vraisemblable de penser qu'il y a eu là, dès le début, une adénite iliaque, développée à la suite de l'inflammation prostatique, que cette adénite a paru se résoudre au moment où les accidents protastiques ont diminué eux-mêmes. Enfin, sous une influence mal déterminée, peut-être une congestion provoquée par des érections prolongées, l'adénite a évolué seule et a suppuré, produisant en quelques jours un vaste foyer purulent.

BIBLIOTHÈQUE

Psoriasis et arthropathies, par le docteur Ch. Bourdillon. — Paris, 1888. Lecrosnier et Babé.

L'auteur admet que, chez un certain nombre de malades atteints de psoriasis, il existe :

1° Des douleurs dont le siège est multiple (névralgies, myalgies, mélalgies);

2° Des troubles articulaires pouvant varier depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites; et on ne peut méconnaître les liens étroits qui les unissent à la maladie cutanée.

L'ordre dans lequel ils apparaissent par rapport à celle-ci n'est pas soumis à une loi constante; dans un petit nombre de cas, les arthropathies se sont établies antérieurement à la dermatose. Quelquefois les deux affections ont débuté simultanément. Mais, le plus souvent, le psoriasis a été le premier fait chronologique.

Les manifestations douloureuses et articulaires se combinent très fréquemment chez le même sujet, et il est possible que les formes névralgique, myalgique, mélalgique ou arthralgique se changent un jour en forme arthropatique proprement dite accompagnée de déviation de diverse intensité.

Cette dernière forme présente deux variétés : les arthropathies partielles (souvent noueuses), les arthropathies généralisées qui sont les plus curieuses et dont on peut également distinguer deux types comparables, l'un au rhumatisme osseux, « et l'autre au rhumatisme fibreux ».

L'absence de toute autre cause capable de les expliquer, en dehors d'une influence trophique, nous permet de les rapprocher des arthropathies d'origine nerveuse ou périphérique, ou surtout médullaire.

Cette interprétation, bien que purement théorique, est parfaitement en rapport avec l'idée assez en faveur aujourd'hui de la nature trophonévrotique du psoriasis; car, en admettant même qu'on puisse en faire une affection parasitaire, le système nerveux doi intervenir tout au moins comme l'intermédiaire nécessaire entre la cause extérieure et son effet sur la surface cutanée.

Des simples troubles sensitifs (névralgie, myalgie, mélalgie) que l'on peut observer

au cours du psoriasis n'ont pas de gravité absolue. Ils méritent cependant une attention particulière, en raison de la possibilité du développement ultérieur d'altérations plus profondes.

En raison de leur marche à peu près fatale, d'après nos observations, les arthropathies généralisées ont une gravité très grande et conduisent le malade à un état d'impotence extrême résultant des déformations irrémédiables qu'elles produisent.

L'éventualité de leur apparition au cours d'un psoriasis doit inspirer, relativement au pronostic de cette dermatose, un peu plus de réserve que n'en apportent les auteurs.

La thérapeutique à appliquer aux formes névralgique, myalgique, mélalgique est assez bien réglée et peut apporter le plus grand secours au patient.

Les bromures et l'opium apportent le plus de soulagement; le salicylate de soude est rarement efficace; l'antipyrine expose à des poussées cutanées; les bains de 30 à 35 degrés prolongés pendant cinq ou six heures, et même plus, constituent un bon traitement des douleurs.

Dans les formes arthropathiques, surtout pour les cas où l'intensité des éruptions est est en même temps considérable, l'action des agents de la médication interne ou externe est beaucoup moins favorable. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la diphthérie. — Le docteur J. Murray Gibbes, de Taranaki (Nouvelle-Zélande), préconise un traitement qui lui a donné des résultats extraordinairement avantageux : un mort sur 246 diphthéritiques traités par lui. Certes, nous ne pouvons pas accuser de mensonge ou d'insuffisance de diagnostic cet honorable confrère et les médecins qui ont adopté sa pratique. « Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. » Et comme l'affection diphthéritique de la gorge est presque toujours très grave, ne voulant négliger aucun des renseignements qui peuvent nous arriver sur ce sujet, nous allons donner un extrait du travail de notre confrère néo-zélandais.

La diphthérie, dit l'auteur, a pour cause un micro-organisme, qui pénètre dans l'estomac avec la salive ou les aliments, et de là dans le sang, qui le dépose dans le tissu de la membrane muqueuse pharyngienne. Ce micro-organisme, en se multipliant, détermine une inflammation qui amène la mort de la membrane muqueuse et des tissus sous-jacents. On appelle fausses-membranes les parties sphacélées. Au point de vue du traitement, les indications posées par l'auteur sont les suivantes : 1° Empêcher la multiplication des micro-organismes. L'huile d'eucalyptus globulus (*oleum eucalyplus globulus*), introduite dans l'économie, au moyen de l'air — en fumigations — ou de l'alimentation, se retrouve dans la sécrétion des glandes du pharynx. Elle s'oppose, en agissant à l'intérieur des tissus, à la formation ultérieure de la fausse-membrane. Dans aucun des cas traités par la médication eucalyptique, la paralysie consécutive n'a été observée. On voit que l'auteur emploie exclusivement le traitement général ou interne. — 2° Prévenir la putréfaction des tissus détruits, avant leur séparation des tissus sains sous-jacents. Sous l'influence de l'huile d'eucalyptus, la membrane ne prend jamais une mauvaise couleur, et la respiration reste pure pendant toute la durée du traitement. — 3° Combattre l'inflammation locale dans le but de favoriser la séparation des tissus sphacélés des tissus sains. L'application extérieure d'un cataplasme humide et chaud aide beaucoup cette séparation. Le séjour dans une atmosphère de vapeur aqueuse chaude répond surtout à cette indication. — Neutraliser les effets déprimants des micro-organismes sur l'économie. On y parvient avec l'aide de l'huile d'eucalyptus, qui d'ailleurs s'oppose aux effets débilitants de l'atmosphère de vapeur chaude et humide, quand cette atmosphère en est saturée.

L'huile d'eucalyptus globulus est contenue dans les feuilles de l'arbre, et il suffit de placer ces feuilles dans un vase d'eau bouillante sous une tente établie au-dessus du malade, pour satisfaire à toutes les indications.

L'auteur donne ensuite les résultats du traitement : Dans une première série, une

seule mort — chez un enfant de 8 mois — sur 140 cas. A une période ultérieure, pas une seule mort sur 106 cas, parmi lesquels il y en avait de très graves, qui, dit l'auteur, ne pouvaient être guéris que par un traitement antiseptique soutenu. Avant qu'il eût adopté le traitement ci-dessus, il perdait constamment tous les cas graves. Pendant qu'il avait de si beaux succès, un autre médecin avait une mortalité de 20 p. 100 avec les médications ordinaires; un autre perdait tous ses malades gravement atteints. Mais un confrère, ayant suivi la pratique de l'auteur, ne perdit qu'un malade sur 130, et il attribuait cette mort à une paralysie consécutive du cœur. Les succès du docteur Murray entraînèrent les autres praticiens du pays à l'imiter. L'un d'eux, ayant perdu un enfant diphthéritique, disait à l'auteur, en lui racontant le fait, qu'il avait eu soin de bien nettoyer la gorge de son malade, que le vomissement s'était produit, et que le petit malade était mort au moment où le vomissement l'avait pris. Là-dessus, le docteur Murray fit la remarque qu'il ne faut jamais nettoyer le pharynx des fausses-membranes, mais combattre la maladie du pharynx par le traitement interne : *Les remèdes locaux ne sont jamais requis dans la diphthérie* (*The therapeutic Gazette*, 15 octobre 1888).

La diphthérie est une maladie assez souvent rebelle aux traitements dirigés contre elle, pour qu'il soit rationnel de mettre à l'épreuve la médication très simple qui réussit entre les mains des praticiens de la Nouvelle-Zélande. — R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE MAÎTRE RESPONSABLE DES HONORAIRES DUS A UN MÉDECIN PAR SON DOMESTIQUE.

Par jugement en date du 23 octobre 1888, le juge de paix de Châlons-sur-Marne a condamné un maître à payer au médecin qu'il avait fait appelé près de son domestique, les honoraires dus pour les soins donnés, et en se basant sur la position peu aisée du malade soigné, a fixé lui-même les honoraires. On peut tirer de ce jugement les conclusions suivantes :

Le maître qui a pris l'initiative de l'appel du médecin chez lui auprès de son domestique peut, selon les circonstances, être considéré comme directement obligé au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés.

Spécialement, il devra en être ainsi quand le serviteur soigné sera inconnu du médecin, surtout si, après le traitement, le maître l'a laissé partir ou congédié, à l'insu du docteur, sans le contraindre ou l'inviter à désintéresser celui-ci.

Mais l'obligation de ce maître ne saurait être étendue au delà des limites dans lesquelles serait, tenu lui-même celui qui a profité du traitement ; en sorte que le tribunal saisi aurait, suivant une règle constante et conforme à l'équité, à fixer le prix des soins fournis en tenant compte non seulement de la gravité du mal et du résultat obtenu, mais aussi des ressources du domestique. (*Bull. méd.*)

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (PREMIER SEMESTRE 1888) (1).

20 février 1888. — M. VINCENT présente trois enfants atteints de *tumeur blanche du genou;* les deux premiers sont de jeunes garçons qu'il a traités et guéris par son procédé d'*arthrotomie ignée*.

Ce procédé consiste à faire de chaque côté du genou malade une incision longitudinale de 10 à 15 centimètres jusqu'à l'intérieur de l'articulation. Lorsque celle ci est ouverte, l'opérateur rejette en dedans ou en dehors la rotule et les ligaments et tendons

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er décembre 1888.

qui s'y insèrent, et il place le genou en flexion. Dans cette position, l'articulation se trouve entièrement à découvert; on peut l'inspecter dans toutes ses parties. Si la synoviale est seule malade, on gratte les fongosités, on les brûle au fer rouge; si les os sont malades, on les évide avec la curette tranchante. Après cette première série de cautérisations et de curages, M. Vincent, dans les cas graves chauffe et cautérise encore la jointure avec un très gros cautère, avec un énorme pique-feu. Pour faire ce chauffage, il place le membre en extension, et fait relever la rotule et les bandelettes des parties molles qui s'y insèrent, et il promène le fer rouge de part en part dans l'articulation. La cautérisation faite, on draine la jointure dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur. Il est indispensable, pour l'écoulement des produits de suppuration qui se forment ensuite, de placer un drain allant de l'article au creux poplité; en passant entre les condyles du fémur. La jointure est non seulement drainée, mais remplie de gaze iodoformée trempée dans une solution de sublimé.

Ce procédé amène la guérison aussi sûrement que la résection et l'accroissement du membre n'est pas compromis; il y a même plus souvent de l'allongement que du raccourcissement. L'ankylose est loin d'être fatale.

— M. Rollet, à propos de *l'assainissement des cimetières*, rappelle l'interdiction de creuser des puits à moins de 100 mètres de leur enceinte. Pour les eaux des cimetières, il faut, en effet, non seulement une filtration, mais une véritable épuration qui détruise la matière organique et même les corps organisés qu'elles contiennent. La loi rend aussi obligatoire la plantation des arbres dans les cimetières, mais avec la précaution de ne pas gêner la circulation de l'air. Ce qui paraît surtout utile dans le rôle des plantes, c'est la grande absorption d'eau qui se fait par les racines.

Il faut encore amender les cimetières qui conservent lentement les corps en se rappelant le rôle des infiniment petits dans la destruction des matières organiques.

M. Lortet insiste aussi sur la situation déplorable des cadavres dans les cimetières de Lyon. Les lombrics, les larves de coléoptères jouent aussi un grand rôle dans la destruction des corps morts.

La discussion de l'assainissement des cimetières se continue par d'intéressantes communications de M. Ferrand et Lacassagne que le manque d'espace nous empêche malheureusement d'analyser.

5 mai 1888. — MM Lépine et Paliard ont expérimenté la méthode nouvelle pour le *traitement de la phthisie pulmonaire* par l'inhalation d'air chargé de vapeurs d'*acide fluorhydrique.* 13 phthisiques ont été soumis à ce traitement; 7 d'entre eux étaient porteurs de vastes cavernes et étaient en proie à une fièvre vive. Chez ces malades, le traitement n'a produit ni aggravation ni amélioration Chez 8 autres sujets atteints de lésion au premier et au deuxième degré, sans fièvre notable, il y a eu amendement de la dyspnée pendant le séjour dans la cabine et immédiatement après. Il est à noter, de plus, que l'appétit a été notablement excité chez eux, et que 6 d'entre eux ont, en quatre à cinq semaines, augmenté de poids d'une manière fort sensible (de 1 à 4 kilog.). C'est là le résultat le plus net de la médication. Ces malades ne recevant aucun médicament, cette augmentation de l'appétit ne peut être attribuée qu'à l'acide fluorhydrique. Chez une femme, les inhalations ont été suspendues huit jours, et, pendant cette période, elle a perdu plusieurs centaines de grammes qu'elle a récupérés lorsque la médication a été reprise.

Quant à l'expectoration, elle est augmentée immédiatement après la séance d'inhalation; mais, chez quelques malades, elle a un peu diminué dans le cours du traitement.

En résumé, on ne peut dire à présent que la nouvelle méthode soit curative de la phthisie; mais il semble qu'elle soit au moins eupeptique et présente, à cet égard, quelque utilité. Quelques-uns des malades traités étaient depuis longtemps dans le service, et l'amélioration est bien certainement du fait de la pratique du traitement.

— M. Ollier a pratiqué chez un homme atteint de luxation ancienne et complète du coude la *myosyndermotomie* ou section des ligaments latéraux et des tendons du triceps. Cette opération a été faite à ciel ouvert. L'opération est récente, nécessite une anti-

sepsie parfaite et doit toujours être tentée dans les cas de luxation simple, complète, datant de quatre à cinq mois. On obtient, dans le membre luxé, une mobilité complète et on lui rend sa force intégrale. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire. — Hypertrophie éléphantiasique du nez. — Traitement du cancer de l'utérus. — Epiplocèle tuberculeuse.

M. Kirmisson a traité il y a quelques années un homme atteint d'hypertrophie éléphantiasique; il a fait la décortication par la méthode d'Ollier et, ayant commencé au bistouri, a dû terminer au thermo-cautère à cause d'une hémorrhagie. Il y avait, au voisinage, de l'acné qui disparut après l'opération.

Histologiquement, on trouva à la fois une sclérose péri-vasculaire et une hypertrophie des glandes sébacées.

M. Delens regarde le traitement appliqué par M. Le Dentu comme convenant surtout à l'acné hypertrophique diffuse. Il a eu un cas où l'hypertrophie était limitée au lobule du nez qui formait une tumeur pédiculée comme une trompe; la section du pédicule suffit pour délivrer le malade de sa difformité. On trouva, au microscope, un grand nombre de petits kystes sébacés au milieu d'un tissu fibreux.

MM. Terrillon et Marc Sée ont aussi traité des hypertrophies du nez. Ce dernier pratique une sorte de cautérisation ponctuée en introduisant la pointe du thermo-cautère dans les ouvertures des glandes sébacées.

M. Lucas-Championnière rappelle que le procédé d'ablation des hypertrophies éléphantiasiques a été fixé par Ollier.

— M. Kirmisson présente une pièce provenant d'une *ostéo-myélite du péroné*. A la suite de plusieurs abcès développés sur le trajet de l'os, il dut extraire la diaphyse tout entière du péroné.

— M. Terrier communique des résultats de sa pratique pour l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.

Actuellement, il a pratiqué 21 hystérectomies et a eu 4 morts : 2 par choc, 1 par hémorrhagie, 1 par péritonite. La mortalité est donc de 19,04 p. 100, et n'atteint que 17,84 si l'on prend toutes les opérations, y comprises celles pratiquées en dehors du cancer.

M. Terrier ne croit pas pouvoir dire que l'opération est bénigne. Ses opérations se répartissent ainsi : 12 cas avec des lésions cancéreuses du col seul, 3 du col et du corps, 2 du col et des ligaments larges, 1 du col, du corps et du vagin, 2 du col, du vagin et des ligaments larges.

Deux fois seulement, il aurait été possible de faire l'opération partielle au lieu de l'hystérectomie vaginale. Dans 4 cas, tandis que l'examen clinique, fait avec soin, n'avait montré qu'une lésion du col, on trouva, avec la pièce anatomique, que le corps était aussi atteint.

6 opérations palliatives ont donné une survie moyenne de six mois et douze jours. Les 12 hystérectomies pratiquées pour lésions du col seul ont donné 10 guérisons et 2 morts immédiates. Actuellement il reste 5 opérées vivantes.

Les faits apportés par M. Verneuil ne sont pas suffisants pour faire abandonner l'hystérectomie totale. Les observations qu'il a rapportées dans son premier mémoire sont trop incomplètes pour que l'on puisse baser sur elles des calculs à l'abri de toute contestation.

De plus, on pratique généralement tardivement l'ablation totale, tandis que l'amputation du col est une opération de début.

Depuis 1880, M. Verneuil a fait 8 nouvelles opérations. A partir de ce moment, il n'a que 3 guérisons, tandis que M. Terrier peut en présenter 5.

M. Terrier admet la bénignité de l'amputation du col, mais préfère l'anse galvanique à l'écraseur. En fait, il ne sera possible d'établir un parallèle exact entre les deux opérations que lorsque l'on aura des statistiques complètes avec contrôle anatomique.

M. Kirmisson a fait trois hystérectomies totales pour cancer utérin. Il a perdu rapidement 2 malades par hémorrhagie et pelvi-péritonite suppurée. La troisième est morte de récidive ganglionnaire seize mois après l'opération.

M. Trélat fait remarquer qu'il est extraordinaire d'entendre dire qu'une opération incomplète dirigée contre un cancer donne plus de succès qu'une opération complète. Il a opéré 5 malades en enlevant complètement l'utérus et n'en a perdu qu'une.

Des quatre autres l'une est morte de récidive après quatorze mois, une autre a été perdue de vue après six à sept mois et une autre après deux mois. La première opérée est actuellement sans récidive après trois ans et quatre mois.

La mort rapide survenue sur une femme de plus de 60 ans, fut causée par des accidents urémiques.

En réunissant les cas indiqués par MM. Terrier, Pozzi et Bouilly, on a une mortalité de 20,97. Ce chiffre ne peut que s'améliorer. Il faut en effet satisfaire aux trois conditions suivantes : diagnostic assuré, indications sévèrement observées, technique perfectionnée. La mortalité se rapprochera alors de 10 p. 100, car l'on sait que Schrœder, sur sa dernière série de 50 opérations, est descendu à 6 p. 100. A ce moment, l'opération n'offrit que peu de différences avec l'amputation supra-vaginale, l'amputation vaginale étant insuffisante.

L'anatomie pathologique du cancer utérin au début est très peu connue. On ne sait pas s'il y a un moment où il est très superficiel et si, par conséquent, l'hystérectomie partielle peut jamais être utile. Très souvent après la section d'un col où le cancer semblait limité, on trouve des traînées épithéliales sur la surface de section. Dans ces cas, l'hystérectomie totale peut seule donner un résultat.

Les lymphatiques et leurs ganglions sont très souvent envahis. Mais cet envahissement on ne sait s'il est précoce ou tardif, on ne peut le reconnaître au début.

Maintenant, pour établir comparativement la survie des opérées, il faut se rappeler que l'hystérectomie totale ne date que de juin et juillet 1885, et que, quand l'opération tue, elle donne naturellement 0 survie tandis que quand l'hystérectomie totale échoue, on a encore quatre et six mois de survie.

M. Trélat pense qu'en somme il n'y a pas encore assez d'opérations totales pour que l'on puisse arriver à des conclusions justes.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur une observation du docteur Largeau relative à une épiplocèle tuberculeuse avec hydrocèle vaginale. L'enfant guérit après résection de l'épiploon tuberculeux.

M. Chaput lit une observation de rupture du cœcum et de l'uretère à la suite d'un coup de pied de cheval. — P. C.

FORMULAIRE

Injection contre la diphthérie. — Guelpa.

Perchlorure de fer........................ 5 à 10 grammes
Eau distillée............................ 100 —

Mêlez. Pour injections dans la gorge, tous les quarts d'heure, le jour, toutes les demi-heures pendant la nuit, ou plus rarement suivant la gravité des cas. L'injection doit

être poussée drns la gorge avec une poire en caoutchouc ou avec un clysoir quelconque; et, à moins de cas très légers, il est bon que l'irrigation soit faite aussi dans le nez, de manière que la solution entre par une narine et qu'elle sorte par l'autre et par la bonche. — Maintenir le malade à la diète lactée, combattre la fièvre et la constipation qui peuvent se produire. — Cette injection réussit également contre les angines catarrhales, herpétiques et ulcéreuses, et peut, par conséquent, être essayée dans les cas où le diagnostic reste douteux.

NOUVELLES DE L'ETRANGER

Responsabilité médicale en cas de mort par le chloroforme. — On rapporte de Sydney (Australie) le cas d'un médecin dont une malade a succombé pendant l'administration du chloroforme. Le mari de la défunte a intenté un procès au médecin, et le jury lui a accordé 200 liv. (5,000 fr.) de dommages et intérêts. Nous ne savons pas au juste en quoi consistaient les allégations du mari et ne pouvons donc émettre un avis sur la justice de ce verdict, mais si, chaque fois qu'un malade meurt pendant l'anesthésie, le médecin se trouve avec un procès en dommages et intérêts sur le dos, il deviendra difficile de trouver un médecin qui veuille chloroformer.

Quand un accident se produit sous le chloroforme, en Angleterre, le coroner demande au médecin les raisons qui lui ont fait préférer le chloroforme à l'éther, et son explication suffit. Mais, comme les accidents par le chloroforme se montrent encore assez souvent, il est à prévoir qu'un jour viendra où les Facultés seront saisies de la question du choix des anesthésiques et si elles se prononçaient en faveur de l'éther, ce qui ne paraît pas douteux, l'emploi du chloroforme pourrait exposer le médecin qui, s'en étant servi, a eu un accident, à des revendications très gênantes.

Ce qui choque dans tout cela, c'est que des jurés, si intelligents et si bien renseignés qu'ils soient, puissent être appelés à statuer sur une question où ils sont manifestement incompétents. En outre, la publicité qui est donnée par les journaux à tous cas de mort par le chloroforme, n'est pas sans produire un fâcheux effet sur l'opinion publique. On s'obstine à ne pas comprendre que l'usage d'un médicament assez puissant pour abolir la sensibilité, entraîne forcément certains dangers contre lesquels la science reste impuissante.

(*Bulletin Médical.*)

COURRIER

Commission des prix (année scolaire 1888-89). — *Prix Lacaze.* — MM. Potain, Jaccoud, Grancher, Dieulafoy, Straus. — Fournier, suppléant.

Prix Barbier. — MM. Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Tarnier. — Panas, suppléant.

Prix Châteauvillard. — MM. Brouardel, Baillon, Verneuil, Laboulbène, Damaschino. — Hayem, suppléant.

Prix Jeunesse. — MM. Brouardel, Cornil, Gautier, Proust, Straus. — Dieulafoy, suppléant.

Prix de Thèses. — MM. Trélat, Potain, Guyon, Panas, Laboulbène, Cornil, Damaschino, Tarnier, Gautier. — Hayem, Fournier, suppléants.

Prix Corvisart. — MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter, Dieulaoy.

— M. Philippe Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, vient de fonder un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des

calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes.

Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants, et des substances éminemment toxiques au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition.

On s'inscrit tous les jours, de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères, 7.

Association générale. — L'assemblée générale annuelle de la Société locale du Var, tenue le 20 septembre 1887, sous la présidence du docteur Coulomb, a répondu dans les termes suivants à une des questions qui ont été soumises à l'examen des Sociétés locales :

Relativement au vœu des Sociétés de la Loire et de la Haute-Loire, ainsi conçu : « Que chaque Société soit autorisée à faire émettre, par sa délégation à l'Assemblée générale de l'Association, le total des suffrages auquel elle a droit par le nombre de ses membres », la réunion décide, sur la proposition de M. Maurin, que le mode de votation actuel doit être maintenu, qu'il y a lieu de rejeter le vote cumulatif, et que l'on doit compter par Sociétés et non par nombre de Sociétaires.

— L'ambassade de France en Turquie s'est plainte à plusieurs reprises de l'insuffisance de l'hôpital français de Constantinople et a demandé qu'on procédât à son agrandissement en même temps qu'à sa réparation, car il n'est pas en très bon état. Un architecte envoyé pour examiner la question a adressé à ce sujet un long rapport sur le vu duquel le ministre des affaires étrangères a proposé la reconstruction totale de l'établissement. Ces conclusions ont été adoptées par le gouvernement. Le consul général sera chargé de passer le marché et d'en surveiller l'exécution. L'architecte devra être un Français.

Enseignement médical libre d'ophtalmologie. — Le docteur A. Darier fera à partir du 15 novembre des conférences cliniques sur les maladies des yeux les mardis et samedis, à 3 heures. — Les autres jours les élèves seront initiés au maniement de l'ophthalmoscope 172, boulevard Saint-Germain, ancienne clinique du docteur Abadie.

Une barbe longue de deux mètres. — Ces jours derniers, un journal français racontait que, dans la prison de Lille, se trouvait un individu du nom de Jules Dumont, dont la barbe mesurait 1m86. On nous fait remarquer, à cette occasion, que Strasbourg possède un phénomène analogue. En effet, un ouvrier de l'arsenal, le sieur Büllersbach, menuisier, est possesseur d'une barbe dont la longueur dépasse deux mètres ; pour que cet ornement de sa figure ne le gêne pas pendant le travail, il porte la barbe enroulée dans un sachet sur la poitrine. Au printemps dernier, le sieur Büllersbach a profité d'un congé de plusieurs mois, qui lui avait été accordé, pour aller exhiber la barbe phénoménale dont la nature l'a gratifié, à Hambourg, à Mayence, à Bâle, etc. En ce moment, le sieur Büllersbach travaille de nouveau à l'arsenal de Strasbourg.

(*Bulletin Médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chanchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

CONFÉRENCES DE L'HÔPITAL COCHIN (SIXIÈME CONFÉRENCE) (1)

De la désinfection,

Par le docteur Dujardin-Beaumetz,

Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Cochin.

Messieurs,

Dans la leçon précédente, nous nous sommes occupés des désinfectants. Je vais aujourd'hui vous dire comment vous pouvez les utiliser, c'est-à-dire je vais vous parler de la désinfection.

Au point de vue auquel nous nous sommes placés, c'est-à-dire au point de vue de l'hygiène prophylactique, nous aurons à étudier successivement la désinfection des locaux contaminés, la désinfection des vêtements et objets de literie, puis celle des personnes en contact avec les malades, et enfin la désinfection des déjections et en particulier celle des matières fécales. Commençons par la désinfection des locaux contaminés.

Ici, la chaleur, le plus actif des désinfectants, ne peut intervenir, à moins de brûler les maisons, comme on l'a fait dans certaines épidémies dans les contrées où ces demeures n'ont aucune valeur. C'est là un cas absolument exceptionnel, grâce à Dieu, dans notre pays, et nous ne pourrons avoir recours qu'à deux sortes de désinfection, celle par les désinfectants gazeux et celle par les désinfectants liquides. Les premières sont surtout utilisées en France sous la forme de fumigations sulfureuses; les secondes sont employées en Allemagne, en Autriche et en Russie sous forme de lavage avec le sublimé. Examinons ces deux méthodes.

Pour les fumigations sulfureuses, on peut utiliser, comme je l'ai montré dans ma communication à l'Académie de médecine (1), trois sources de dégagement d'acide sulfureux : l'anhydride sulfureux, le sulfure de carbone et enfin le soufre. Vous n'ignorez pas que Pictet (de Genève), auquel on doit de si beaux travaux sur les appareils frigorifiques, a utilisé l'acide sulfureux rendu liquide par la pression. Ce corps, que l'on décrit sous le nom d'*anhydride sulfureux*, est contenu dans des siphons analogues aux siphons d'eau de Seltz, et il suffit de presser sur le piston pour recueillir ce liquide qui bout à la température ordinaire en se transformant en acide sulfureux

(1) Dujardin-Beaumetz : *Expériences sur la désinfection des locaux ayant été occupés par des malades atteints d'affections contagieuses* (Académie de médecine, 9 septembre 1884, *Bulletin de thérapeutique*, t. CVII, p. 241).

gazeux. C'est là un procédé commode pour obtenir les vapeurs sulfureuses, si on ne l'a pas plus utilisé, c'est que les siphons d'anhydride sulfureux sont d'un prix relativement élevé.

Lorsque le sulfure de carbone s'enflamme, il se dégage de l'acide sulfureux et de l'acide carbonique. Ckiandi-Bey, ingénieur qui s'est occupé tout particulièrement des questions relatives au sulfure de carbone, a construit une lampe fort ingénieuse que je mets sous vos yeux et qui permet de brûler le sulfure de carbone sans aucun danger. En effet, dans ce brûleur, de l'eau, placée dans une cuve en cuivre qui renferme la lampe, pénètre par trois siphons dans son intérieur et vient se mettre en contact avec la partie supérieure du sulfure de carbone, et remplacer ce dernier à mesure qu'il est brûlé. Lorsque tout le sulfure de carbone a été consumé, l'eau pénètre à son tour dans la mèche et la lampe s'éteint. Ces lampes ont surtout été utilisées par la marine, qui en a tiré un bon parti pour la sulfuration des bâtiments, et, sauf la première acquisition de la lampe, le prix de la désinfection par le sulfure de carbone est relativement peu considérable; il revient à 1 fr. 25 pour une pièce de 100 mètres cubes.

On pourrait encore utiliser l hydrogène sulfuré qui, par sa combustion, fournit de l'acide sulfureux et de l'eau, et dans les expériences que j ai faites avec M. Dariex (1), nous avons employé un brûleur d'hydrogène sulfuré établi par Chantrelle; mais, le dégagement hydrogène sulfuré répandant une odeur extrêmement désagréable et ce gaz étant toxique, cette méthode ne peut être applicable à la désinfection, et il ne nous reste plus qu'à nous occuper du soufre, qui est le plus ordinairement employé.

Il faut tout d'abord se rappeler que 15 grammes de soufre, en brûlant, dégagent 10 litres d'acide sulfureux. On se sert, dans la plupart des cas, de la fleur de soufre, et comme la quantité à brûler varie entre 30 et 40 grammes par mètres cube, il faut que nous sachions comment on doit procéder à la combustion de ce soufre. Lorsque la pièce est cubée, vous divisez la quantité de soufre nécessaire à la désinfection en plusieurs foyers, de façon à ne pas dépasser par foyer 1 kilogramme de fleur de soufre.

Pour brûler ce soufre, vous pouvez vous servir soit d'un creuset en terre réfractaire, percé de trous, analogue à celui que je vous présente, et porté sur une plaque de tôle, soit de briques réunies avec du sable; vous disposez vos briques à plat sur un seul rang, un second rang limitant une excavation où vous placez le soufre. Enfin, pour allumer votre foyer sur toute sa surface, vous pouvez user d'un procédé fort commode qui me fut donné par M. Pasteur lors de nos expériences, et qui consiste à verser sur la fleur de soufre de l'alcool que l'on enflamme. Aujourd'hui, on peut se servir d'un procédé encore beaucoup plus simple, c'est d'user des bougies soufrées construites par mon élève Deschiens. Pour la désinfection des appartements, il a établi de véritables lampions contenus dans une boîte en fer-blanc pleine de soufre fondu; une large mèche occupe le centre de cette boîte, et permet l'inflammation facile de cette bougie.

Comme je vous l'ai déjà dit, la valeur désinfectante du soufre est pour ainsi dire proportionnelle à la fermeture plus ou moins complète de la

(1) Dariex, *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations et les injections hypodermiques d'acide sulfureux.* (Thèse de Paris, 1887.)

pièce où on opère; il sera donc nécessaire de la clore le plus hermétiquement possible, et, malgré tous vos soins, vous n'empêcherez jamais ce gaz de s'échapper en masse au dehors à cause de son extrême diffusibilité. C'est donc en collant du papier autour des fenêtres, en bouchant soigneusement les ouvertures des cheminées, en fermant hermétiquement les portes et les jours où peut passer l'air que vous pourrez tirer de bons effets de ces sulfurations des locaux contaminés.

Les fumigations sulfureuses ont cet avantage qu'on peut laisser dans l'appartement tous les objets meublants, et en particulier la literie, l'acide sulfureux ayant une force de pénétration considérable et arrivant au centre des matelas. Dans nos expériences et dans celles faites par le docteur Aubert, nous avons montré l'un et l'autre qu'il y avait à peine altération des étoffes; seuls les objets métalliques peuvent se ternir et on évitera cette action en revêtant ces objets métalliques d'une couche de vaseline.

Pour rendre la désinfection plus active, Vallin a proposé de charger d'humidité l'air de la pièce soit en aspergeant d'eau le sol ou le parquet, soit en passant une éponge humide sur les murs, soit en faisant bouillir de l'eau dans la chambre ; je crois ce procédé excellent au point de vue désinfectant, malheureusement il a l'inconvénient de décolorer les objets, car non seulement l'acide sulfureux se dissout dans l'eau, mais il se produit aussi de l'acide sulfurique.

Pour la dose de soufre à brûler, elle doit varier avec la fermeture plus ou moins hermétique de la pièce où on opère. Quand les ouvertures qui donnent dans la pièce ne sont pas trop nombreuses et qu'il est facile de les boucher, la dose de 40 à 50 grammes doit suffire. Quand, au contraire, il est difficile de bien clore la pièce où on opère, il faut au moins doubler cette dose et encore, dans ce cas, n'est-on jamais sûr d'obtenir une désinfection suffisante.

Après que le soufre a été enflammé, on se retire et, pendant vingt-quatre heures au moins, on doit laisser ainsi la pièce absolument close, après quoi on peut procéder à un lavage et à un nettoyage très complet et très attentif de ces pièces. D'ailleurs, pour me résumer, je vais vous donner lecture de l'ordre de service que M. Bezanson, chef de division à la Préfecture de police, et moi avons fait pour les escouades de désinfecteurs employés par la ville de Paris; ces prescriptions résumeront d'une façon fort précise toutes les indications que je viens de vous fournir.

ORDRE DE SERVICE CONCERNANT LES ESCOUADES DE DÉSINFECTEURS

Le service de désinfection à domicile, soit après le transport à l'hôpital, soit après décès, commencera à sept heures du matin et se terminera à sept heures du soir.

Le chef du dépôt tiendra la main à ce que les hommes soient présents à l'heure réglementaire. Il signalera à la Préfecture les retardataires et, d'une façon générale, ceux qui ne se conformeront pas aux instructions et aux ordres donnés. Il veillera à ce que les ustensiles et produits mis à la disposition des escouades soient employés régulièrement, et il tiendra un compte d'entrée et de sortie.

Le chef du dépôt aura soin de s'assurer, avant chaque départ, que la voiture est pourvue des objets et matières désinfectantes ci-après :

1° Une plaque de tôle de 60 centimètres sur 60 centimètres ;
2° Du sable en sac ;
3° Du soufre, par paquets de 500 grammes ;
4° De l'alcool méthylique (esprit de bois), par flacon de 200 grammes ;
5° Des fourneaux de terre ou des briques ;

6° Des allumettes;
7° Des allume-feux ;
8° Un mètre ;
9° Une échelle de 2 mètres;
10° Un pot à colle et un pinceau ;
11° Du papier de collage, par exemple des vieux journaux;
12° Des flacons de chlorure de zinc.

Lorsqu'un ordre de départ sera donné, le chef du dépôt remettra aux désinfecteurs une carte sur laquelle il inscrira son nom, l'heure exacte de leur départ du dépôt, et l'adresse du local à désinfecter.

La voiture partira immédiatement et se rendra sur place par la voie la plus directe.

A son arrivée au domicile du malade, l'escouade présentera au concierge, ou à toute autre personne de la maison, sa note de service. L'escouade se fera conduire dans la chambre à désinfecter, en priant un habitant du même immeuble d'assister au travail.

Il sera procédé à la désinfection ainsi qu'il suit :

Cuber la pièce. A cet effet, mesurer la hauteur, la longueur et la largeur, multiplier le premier nombre par le second et le produit par le troisième. Cette mesure a pour but de savoir quelle quantité de soufre doit être brûlée dans la pièce. Il en sera brûlé 20 grammes par mètre cube. Une pièce de 25 mètres cubes exigerait un paquet de 500 grammes.

Etendre à terre ou sur des tables tous les objets ayant été en contact avec le cholérique. Calfeutrer la cheminée, les fenêtres, les portes intérieures, en y collant du papier.

Disposer sur la plaque de tôle placée au milieu de la chambre, le fourneau ou les briques, en prenant toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'incendie : on aura soin d'en écarter les papiers et les étoffes.

A défaut de fourneau, on formera au moyen de briques et de sable une sorte de cuvette peu profonde, de 30 centimètres sur 30 centimètres environ, dans laquelle on versera la quantité de soufre nécessaire. Sur ce soufre, on répandra de l'alcool, de façon à en humecter la surface; on jettera quelques allume-feu et on allumera.

Avec un fourneau, l'opération de l'allumage serait analogue.

On fermera la porte de l'allumage. On calfeutrera hermétiquement la porte au dehors et on donnera la clef au concierge en lui recommandant de ne pas s'en dessaisir.

Avant de se retirer, ne pas manquer de jeter dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc, mélangée à 10 litres d'eau.

Une fois cette opération terminée, les désinfecteurs feront constater par écrit, sur leur carte de service, soit par le concierge, soit par un des locataires de l'immeuble, l'heure de leur arrivée et l'heure de leur départ.

L'escouade regagnera ensuite son dépôt par la voie la plus directe.

Le chef du dépôt devra consigner sur la carte de service l'heure précise de la rentrée des désinfecteurs au poste et garder cette carte.

Le lendemain, l'escouade retournera dans le local, ouvrira les portes et les fenêtres, jettera de nouveau dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc mélangée à 10 litres d'eau, et rapportera les objets au dépôt.

Il est absolument interdit aux hommes de quitter le poste, sous quelque prétexte que ce soit, sans une autorisation du chef du dépôt.

Les désinfecteurs et les cochers sont prévenus que toute irrégularité ou négligence apportée dans le service sera sévèrement punie. L'employé qui exécuterait mal son service ou qui s'enivrerait pourrait subir une retenue de salaire ou même être immédiatement congédié.

Voilà comment la désinfection est pratiquée à Paris.

En Allemagne, en Autriche et en Russie, les fumigations sulfureuses ont été complètement abandonnées, et c'est à l'aide du sublimé qu'on procède à la désinfection des locaux contaminés, et nous prendrons, si vous voulez

bien comme exemple de ce second mode de désinfection, ce qui se passe dans la ville de Berlin, où l'on a établi pour la première fois un établissement public de désinfection, et nous suivrons la description si exacte et si fidèle qu'en a donnée le docteur A.-J. Martin (1).

Je laisserai de côté tout ce qui a trait à l'établissement même de désinfection où l'on amène les objets de literie et de tenture; nous y reviendrons tout à l'heure lorsque je vous parlerai de la désinfection des vêtements et de la literie. Je ne m'occuperai donc ici que de la désinfection des locaux, et nous pourrons opposer l'ordre de service que je viens de vous lire à l'ordre de service qui est mis en pratique par les désinfecteurs de Berlin.

Les premières parties de ces deux ordres sont similaires, c'est-à-dire que les voitures emportant les désinfecteurs reçoivent une feuille de service numérotée, on note l'heure exacte de départ et on leur indique le trajet à parcourir. Les désinfecteurs emportent avec eux un petit matériel qui se compose :

1° D'un masque spécial garni d'ouate;

2° D'un panier en fil de fer à trois compartiments, destiné à porter un flacon et un appareil pulvérisateur; le flacon contient un liquide désinfectant;

3° Une sorte de trousse comprenant des outils et des brosses;

4° Des sacs de toile de formes différentes pour empaqueter les objets; ces sacs portent des numéros brodés en coton rouge.

Le désinfecteur, car un seul homme opère, fait des paquets de tous les objets trouvés dans la chambre. Il brûle ceux qui sont sans valeur, puis il frotte avec soin les planchers, les murailles, les tentures, couvertures, fenêtres, peaux et meubles, avec des brosses et des éponges imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 1,000. Quant aux objets en métal, il les nettoie avec la vaseline et les soumet à des fumigations de chlore. Pour les objets placés dans les sacs, la voiture les porte à l'établissement de désinfection où on les fait passer à l'étuve.

Les désinfecteurs doivent se soumettre à des soins de propreté extrême. Lorsque le désinfecteur pénètre dans la pièce où il doit opérer, il se revêt d'un manteau qui, après chaque manœuvre, est lavé et brossé à l'acide phénique; ce manteau ne doit être porté que dans la maison contaminée, et avant de quitter celle-ci on en fait un paquet spécial. Au moment de l'empaquetage des objets qui doivent être portés à l'étuve, l'homme doit se munir d'un masque garni d'ouate qu'on retire et brûle après chaque désinfection. Enfin tous les soirs, à la fin de la journée de travail, qui dure de sept heures du matin à sept heures du soir, le désinfecteur prend un bain, et on lui fait laver avec grand soin ses cheveux et sa barbe.

Comme vous le voyez, la désinfection à Berlin comprend deux temps, d'abord celle de la pièce, puis celle des tentures et des objets de literie, et de tous les linges qui ont été en contact avec le malade.

En ne prenant que la première partie de cette opération, on peut se demander si elle est véritablement pratique, le lavage avec une solution au sublimé au millème de toutes les parois de l'appartement doit altérer les papiers de tenture, et si le procédé me paraît très applicable sur des sur-

(1) A.-J. Martin : *Le premier établissement public de désinfection de la ville de Berlin* (*Revue d'hygiène et de police sanitaire,* 1888).

faces peintes, il me paraît bien difficile à mettre en œuvre sur des murailles recouvertes de papier, à moins d'enlever et de détruire ce dernier.

J'ai vu, dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg que je viens de visiter, mettre en pratique ces procédés de désinfection au bel hôpital-baraque Alexandre, un des modèles du genre, et qui doit désormais servir de type aux hôpitaux que nous construirons. Dans cet hôpital, c'est un médecin qui est chargé, sous sa propre responsabilité, du service de la désinfection, et qui porte à la fois sur les vêtements, les objets de literie et les salles. Pour ces dernières, on utilise la solution de sublimé au millième, et à l'aide d'une pompe à main analogue aux pompes qu'on utilise dans les jardins, on couvre toutes les parois de la pièce avec cette solution. Mais, je le répète, ces parois sont peintes, et leur surface est parfaitement lisse, tandis qu'au contraire, dans nos appartements et surtout dans les chambres occupées par la population pauvre, il n'en est plus de même, et il me paraît difficile de concilier une désinfection parfaite de ces pièces avec la conservation des papiers de tenture.

D'ailleurs nous allons essayer à notre tour, à Paris, ce procédé de désinfection, et nous pourrons alors apprécier et comparer ce qu'il est préférable d'employer des fumigations gazeuses ou des lavages au sublimé.

Aussi, pour me résumer dans l'état actuel des choses, je vous dirai :

Toutes les fois que les circonstances le permettront, recourir au sublimé et faire ce lavage aussi complet que possible.

Toutes les fois, au contraire, que ce lavage au sublimé ne pourra pas être complet, utilisér alors les fumigations sulfureuses, en ayant soin de rendre aussi complète que possible l'imperméabilité de la pièce où l'on opère.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupés que de la désinfection des locaux contaminés lorsque ces locaux sont évacués; mais cette désinfection peut-elle être faite lorsque ces mêmes locaux sont habités par les malades? Il faut reconnaître que, dans ces circonstances, elle devient bien difficile et un peu illusoire. Cependant, dans les cas où il s'agit de maladies éminemment transmissibles comme la variole et la diphthérie, pour empêcher la contagion entre le malade et les personnes qui l'approchent, on a conseillé de répandre sur le sol des substances désinfectantes ou d'en placer dans des vases que l'on met près du lit du malade. Ce sont là des procédés à abandonner absolument, car ils n'ont aucune valeur; ils répandent dans l'atmosphère des odeurs plutôt nuisibles qu'utiles. Ce qui vaut mieux, tout en étant douteux comme résultat définitif, ce sont les pulvérisations de liquides antiseptiques, telles que des solutions d'acide phénique, d'acide thymique ou de mélanges antiseptiques dont l'un des plus actifs est le vinaigre de Pennès, dont voici la formule :

Acide salicylique	30 grammes.
Acétate d'alumine	30 —
Alcoolé d'eucalyptus	100 —
— de verveine	100 —
— de lavande	100 —
— de benjoin	100 —
Acide acétique	100 —

Pour faire ces pulvérisations, on se sert des grands appareils qu'utilise la chirurgie pour le spray.

Pour les vêtements et les objets de literie, tout le monde s'accorde à reconnaître la suprématie indéniable de la chaleur, et si l'on discute

encore, ce n'est pas sur le principe lui-même, mais bien sur l'appareil à employer pour obtenir de cette chaleur son maximum de pouvoir désinfectant, et là nous abordons l'étude des étuves à désinfection. Bien des modèles ont été proposés, mais si vous vous rappelez ce que je vous ai dit la dernière fois, vous verrez que les seuls qui doivent être utilisés sont les étuves à vapeur sous pression, et que désormais on doit repousser impitoyablement les étuves à air chaud, les étuves à vapeur surchauffée, et enfin les étuves à air chaud et à vapeur sous pression. Le type de ces étuves à vapeur sous pression a été fourni par MM. Geneste et Herscher. Ce sont ces étuves qui sont placées aujourd'hui dans nos hôpitaux, et vous pouvez en voir fonctionner une à cet hôpital Cochin.

Le dessin que je vous montre vous indique suffisamment sur qu'elle base sont établies ces étuves. Elles se composent d'un cylindre de 1m30 de diamètre dans lequel on a fait pénétrer, à l'aide de deux rails en fer qui se prolongent en dehors de l'appareil, un chariot sur lequel on place les objets à désinfecter. Ce cylindre se ferme, bien entendu, à l'aide de deux portes qui le closent hermétiquement. A côté de cet appareil se trouve une chaudière qui fournit la vapeur, laquelle pénètre dans l'étuve et dans des tubes fermés qui permettent d'élever la température de l'étuve et de la porter à 130 degrés; d'autres, au contraire, sont percés de trous de 4 millimètres de diamètre, laissant échapper la vapeur à un moment donné.

L'appareil que je viens de vous décrire s'applique aux étuves fixes, mais on peut faire varier ce dispositif suivant les circonstances, et l'une des adaptations les plus utiles est à coup sûr celle qui consiste à rendre mobiles de pareilles étuves. Le dessin indique suffisamment nettement comment, est disposée cette étuve mobile. Il est bien entendu qu'une chaudière locomobile fournit la vapeur sous pression à cette étude. Grâce à cette disposition, on peut désinfecter sur place les objets contaminés, et dans la récente épidémie de suette qui a eu lieu dans le Poitou, on a utilisé ces étuves mobiles avec un grand succès. Ces mêmes étuves ont été depuis attribuées à chacun des cantons du département de la Seine pour combattre sur place les épidémies qui viendraient à s'y produire.

On est en droit de se demander si, au point de vue de la pratique, ces étuves ne détériorent pas le linge et les divers objets qui y sont soumis à la désinfection.

Le rapport si complet de Vinet (1) répond victorieusement à ces questions. Ses expériences très complètes et bien conduites ont montré que la détérioration subie par les objets placés dans les étuves est extrêmement faible. Seulement, lorsque les linges sont souillés de matières fécales et de sang, il en résulte des taches indélébiles. Aussi conseille-t-il de laver préalablement ces linges maculés avant de les désinfecter, et pour y procéder, il conseille de se servir d'une eau contenant en dissolution du permanganate de potasse.

Quant à la rapidité de la désinfection, elle est des plus considérables, puisque, au bout de quinze minutes dans de pareilles étuves, tous les microbes pathogènes sont détruits. Mais si les objets de laine, de coton, de lin peuvent subir l'action de la vapeur sous pression, il n'en est plus de même des autres substances utilisées pour les vêtements, telles que les souliers, les gants et les fourrures. Rien de plus curieux que de voir un

(1) Vinet, *De la valeur pratique des étuves à désinfection*, Lyon, 1887.

gant ou un soulier soumis à l'action de ces étuves, ils se racornissent et cela à un tel point qu'ils ne peuvent plus s'appliquer qu'à des mains ou à des pieds de jeunes enfants. Aussi, pour ces parties du vêtement, faut-il recourir à d'autres procédés.

En Allemagne et en Russie, où la fourrure joue un rôle si considérable dans le vêtement, on utilise les fumigations de chlore et les solutions phéniquées. En France, on utilise ou le chlore ou l'acide sulfureux. Je n'ai, pas à revenir sur ce que je vous ai dit à propos de l'acide sulfureux, je n'ai, pour compléter ce qui a trait à ces chambres de désinfection pour le vêtement, qu'à vous dire quelques mots sur l'emploi du chlore.

On peut obtenir le chlore de différentes façons, soit à l'aide du bioxyde de manganèse et de l'acide chlorhydrique, soit avec le chlorure de chaux. La formule adoptée ordinairement par les hôpitaux est celle qui a été proposée par le professeur Regnault (1) comme donnant les meilleurs résultats pour la désinfection des objets de literie.

Chlorure de chaux sec	500	grammes.
Acide chlorhydrique	1,000	—
Eau	3,000	—

Vous mélangez dans une terrine l'acide et l'eau, et au moment de sortir de la pièce, vous projetez le chlorure de chaux dans le mélange. On obtient ainsi un dégagement de 45 litres de chlore. Mais le procédé le plus commode est de faire parvenir, à l'aide d'un tube, le chlore dans une pièce hermétiquement close.

Aussi, dans tous les établissements de désinfection qui existent en Allemagne, en Russie et en France, faut-il joindre à l'étuve à désinfection par la chaleur une chambre où se pratique la désinfection chimique, et le plan que je mets sous vos yeux montre la disposition qu'on peut adopter pour pratiquer cette désinfection chimique.

Maintenant que nous connaissons le mode de procéder pour la désinfection des objets de literie et pour les vêtements, je dois vous dire en quelques mots comment vous devez mettre en pratique cette désinfection, et ici nous avons à examiner trois circonstances : ou il s'agit d'un hôpital, ou il s'agit d'une grande ville ou d'une commune.

Pour l'hôpital, ce que j'ai vu de plus parfait à cet égard, c'est ce qui se passe à l'hopital Alexandre, de Saint-Pétersbourg, qui pourrait servir de modèle; dès qu'un malade est reçu à l'hôpital, dans le bâtiment même de réception, et avant même qu'il pénètre dans les salles, il est dépouillé de tous ses vêtements et prend un bain. Ses vêtements sont ensuite transportés dans un chariot spécial à la salle de désinfection.

Les fourrures et les chaussures sont placées dans la pièce à fumigation par le chlorure où elles restent quarante-huit heures, les autres vêtements sont soumis à l'étuve. Puis, quand la désinfection est complète, on transporte le tout dans une pièce appropriée dont les parois à claire-voie permettent un courant d'air constant. Quant à la désinfection de la literie et des linges de pansement ou autres, elle est toujours faite par l'étuve.

Pour les grandes villes, on tend à organiser des établissements publics de désinfection, et Paris n'aura rien à envier à cet égard aux autres villes, grâce aux efforts du Conseil municipal (2) pour établir ces stations publi-

(1) Regnault, *Traité de pharmacie*, 8e édition, 1875, t. II, p. 467.
(2) Chautemps, *Organisation sanitaire de Paris*, p. 98.

ques de désinfection, dont deux seraient installées, l'une dans la rue de Vanves, 166, l'autre rue des Récollets. Berlin, qui a un service très complet de désinfection, a fort bien organisé la disposition générale du bâtiment affecté à cet usage, et l'entrée des objets infectés se fait dans une cour spéciale absolument distincte d'une autre cour par où s'opère la sortie des objets désinfectés, des voitures différentes servant à l'un et à l'autre de ces transports. Il n'y a, comme l'a fait remarquer A.-J. Martin (1), qu'un reproche à faire, c'est l'étuve employée, qui est très inférieure à celle construite par Geneste et Herscher, surtout comme rapidité de désinfection.

Pour les communes, la désinfection peut se faire à l'aide des étuves mobiles, et je vous ai déjà dit que, dans la récente épidémie de suette qui a frappé la Vienne et la Haute-Vienne, ces étuves, mises en usage, ont rendu de grands services. Mais ces étuves ne peuvent être utilisées que dans les cas d'épidémies graves, et l'on comprend que, pour les maladies contagieuses qui sévissent avec une intensité moyenne, il faille recourir à d'autres moyens. Dans ce cas, on ne peut employer que le lavage, soit avec les solutions de sublimé au millième, soit avec les solutions de sulfate de cuivre, ou bien encore les fumigations. C'est au médecin à approprier chacun de ces moyens à l'objet que l'on veut désinfecter, et aux conditions dans lesquelles il se trouve pour pratiquer cette désinfection.

J'arrive maintenant à un sujet beaucoup plus difficile, je veux parler de la désinfection des personnes. (*A suivre*).

BIBLIOTHÈQUE

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (*Clinique des maladies du système nerveux*) publiée sous la direction du professeur Charcot (de l'Institut), par MM. Paul Richer, Gilles de la Tourette, Albert Londe. Première année 1888. 1 vol. in-8° de 260 pages avec 50 planches hors texte et 90 figures. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Nous venons de recevoir la première année de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, et c'est avec une véritable admiration que nous avons feuilleté ce beau volume.

Nous ne pensons pas que, jusqu'à ce jour, une publication périodique médicale ait été faite avec autant de soin et ait dû nécessiter autant de sacrifices. 50 planches hors texte et 90 dessins sont d'un fini et d'une exécution qui ne laissent rien à désirer. Cela tient incontestablement au talent de M. Paul Richer, qui a signé un grand nombre de ces planches, et à l'habileté bien connue de M. Londe, chef du laboratoire de chimie et de photographie de la Salpêtrière, auteur de travaux remarquables sur ces reproductions artistiques.

M. Gilles de la Tourette, chef de clinique de M. Charcot — que nous n'avons plus à présenter à nos lecteurs — a su grouper pour ses abonnés un ensemble de travaux qui font le plus grand honneur à la neuro-pathologie française, dont son éminent maître a porté si haut le renom.

En effet, dans cette publication originale, on ne trouve ni analyses, ni comptes rendus de Sociétés, rien qui, de près ou de loin, puisse ressembler à du remplissage. Rien que des travaux originaux signés des noms les plus estimés : il y a un article signé de M. le professeur Charcot dans chacun des six numéros, articles artistiques au vrai sens du mot, puisqu'ils sont tous consacrés à la neurologie dans l'art.

On ne peut donc nier que la *Nouvelle Iconographie* n'ait, du premier élan, conquis une place à part dans le groupe des publications scientifiques. En lisant ces six fascicules

(1) A.-J. Martin, *le premier Etablissement public de désinfection de la ville de Berlin* (*Revue d'hygiène*, 1877).

touffus, nous avons plus que jamais compris combien le dessin était indispensable à l'intelligence de la majorité des travaux qui se rattachent aux maladies du système nerveux. Nous sommes heureux de féliciter les collègues qui ont entrepris si grosse tâche et l'artiste qui les seconde; c'est à juste titre qu'ils peuvent être fiers du succès mérité qui, dès la première année, a accueilli leur belle publication. — P. LE GENDRE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Intérieur, informant l'Académie qu'il a mis à sa disposition une somme de 8,000 fr. pour la propagation de la vaccination animale.

2° Un rapport de M. Courrent sur les vaccinations dans le canton de Tuchan (Aude).

3° Une lettre du docteur Pissot relative à la procréation des sexes à volonté.

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître à l'Académie le résultat des expériences de M. Mairet relativement à l'action de la liqueur d'absinthe.

La liqueur d'absinthe (absinthe suisse, absinthe de débit, absinthe fabriquée au laboratoire) ingérée par l'estomac, ne provoque d'attaques d'épilepsie qu'à une dose fort élevée, suffisante pour produire une ivresse complète et persistante ; il faut même, pour que les attaques se produisent, que les hautes doses soient prolongées pendant plusieurs jours consécutifs, et elles n'apparaisent guère que quand la vie de l'animal est gravement compromise.

En étudiant l'action de l'alcool, M. Mairet montre qu'il y a identité complète entre l'action de l'alcool et celle de la liqueur d'absinthe et que c'est le premier qui agit quand on doune la liqueur. Dans l'absinthisme aigu, l'épilepsie n'est pas plus fréquente que dans l'alcoolisme aigu.

— M. le docteur OLLIVIER lit le *rapport sur les communications de MM. Vidal, Marquez et Dubrandy relatives à l'affaire des vins empoisonnés d'Hyères.*

« M. Vidal (d'Hyères) a parlé le premier d'acrodynie et cela avec beaucoup de sens clinique. Peut-on accepter son idée et se servir de l'épidémie d'Hyères pour en expliquer d'autres restées comme autant de problèmes non résolus dans l'histoire de la pathologie? Ce serait une éventualité désirable. Les épidémies en question ne se perdent pas dans les brumes du moyen âge. On n'est pas obligé pour les connaître de faire un long travail d'archéologie et d'exégèse sur des chroniques naïves et mensongères; elles ont été étudiées par nos maîtres, par les médecins les plus instruits du temps; elles sont presque contemporaines et, malgré cela, nous sommes obligés de faire l'aveu désobligeant que nous ne savons ni quelle était leur nature, ni ce qui les produisait! Peut-on, après les épisodes du Midi, déclarer que ces épidémies étaient une forme d'arsénicisme due, selon toute probabilité, à l'addition d'acide arsénieux à des matières alimentaires?

Je ne le crois pas. Sauf dans l'épidémie d'acrodynie observée pendant la campagne de Crimée, le processus clinique fut notablement différent de celui observé à Hyères. A Hyères, les phénomènes gastro-intestinaux n'ont existé que pour mémoire; s'il n'y avait eu qu'eux, les malades les auraient supportés sans se plaindre, et probablement les médecins n'auraient jamais songé à faire d'enquête.

Dans les acrodynies de Paris, de Meaux, de la Ferté-Gaucher, de Coulommiers, au contraire, il y a eu des diarrhées rebelles, opiniâtres, absorbant encore l'attention à l'époque des parésies; des diarrhées cholériformes et dysentériformes. La seule différence entre la manière dont ce symptôme se comporta ne permet guère d'assimiler les acrodynies d'il y a soixante ans à l'arsénicisme. Puis il y a dans celles-là des bizarreries de diffusion. La maladie d'Hyères est restée cantonnée dans la zone où l'on débitait la denrée toxique; l'acrodynie vraie sautait d'un quartier à l'autre et aucune relation commerciale ne pouvait expliquer ces particularités. De plus, il y eut enquêtes sur

enquêtes. On connaissait l'empoisonnement par l'arsenic à peu près aussi bien qu'on le connaît aujourd'hui. Tout fut scruté, examiné; les soldats qui ne buvaient pas de vin étaient malades, et les civils qui en buvaient dans le voisinage ne l'étaient pas; le pain des quartiers de Lourcine ou du faubourg du Temple ne valait ni plus ni moins que celui des quartiers voisins. Jamais, nulle part, un fait typique comme celui qui mit le docteur Roux sur la voie (arsénicisme chez le mari qui boit du vin, immunité du reste de la famille qui n'en boit pas) n'a été constaté.

Malgré des similitudes indiscutables, nous ne trouvons pas dans l'évolution et la nature de la maladie d'Hyères une explication qu'on puisse adapter intégralement aux épidémies d'acrodynie, et nous en restons aux conjectures de nos devanciers. C'étaient probablement des maladies d'alimentation, mais on ne sait à quel produit rattacher les accidents qui les caractérisèrent.

Quoi qu'il en soit, les études que nous avons eu l'occasion de parcourir, et que nous venons d'analyser, sont intéressantes par l'importance des observations et la justesse des aperçus qu'elles renferment.

Votre rapporteur a donc l'honneur de vous proposer d'adresser aux auteurs, MM. les docteurs Vidal, Marquez et Dubrandy, les remerciements de l'Académie.

Bien que M. Roux n'ait envoyé aucune communication à l'Académie, votre rapporteur croirait être injuste en ne rappelant pas aussi la grande part que cet observateur a eue dans la découverte de la véritable cause de l'épidémie qui a frappé la population d'Hyères. »

— M. Hérard répond à la communication de M. Jaccoud relative à l'influence de l'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux.

M. Jaccoud a négligé volontairement sa dernière expérience favorable, parce que les vapeurs d'acide pur ne peuvent être employées utilement en clinique. Et ceci est une erreur, car l'air chargé des vapeurs de l'acide pur peut être respiré pendant une heure entière à la dose minimum d'un litre par minute. Cela tient à ce que l'acide dit pur contient une quantité d'eau qui oscille entre 50 et 60 p. 100. D'ailleurs, obtenu à l'état naissant et alors sans mélange, ses vapeurs sont bien tolérées même par les enfants.

M. Hérard rapporte avec éloges les expériences de Trudeau (de New-York) et critique ensuite celles de MM. Grancher et Chautard. Ces derniers se plaçaient dans des conditions telles qu'ils devaient échouer, puisque l'inoculation bacillaire de leurs lapins était intra-veineuse tandis que l'acide fluorhydrique était simplement inhalé.

Du reste, M. Hérard le reconnaît volontiers, on ne peut guère espérer atteindre et détruire les bacilles enfermés dans la profondeur du parenchyme où l'air lui-même ne pénètre qu'incomplètement. Malgré cela, les inhalations fluorhydriques peuvent être utiles. D'abord, elles modifient la vitalité des bacilles, ensuite elles atteignent dans les cavernes pulmonaires, dans les fistules, les bacilles libres et les agents microbiques qui viennent de l'air ; elles peuvent donc modifier les ptomaïnes sécrétées. Enfin, on peut sans doute invoquer encore une action indirecte sur les sécrétions et la nutrition.

Un grand nombre de médecins se sont bien trouvés cliniquement des inhalations. Tels sont MM. Moreau et Cochez, qui sur 60 cas ont eu 28 améliorations, M. Gœtz, 19 améliorations sur 30 malades. MM. Fiolla et Araras.

Et M. Hérard termine en disant :

« Je crois avoir démontré, dans cette communication, que, contrairement à l'opinion de M. Jaccoud, les vapeurs d'acide fluorhydrique pur peuvent être impunément respirées, qu'elles atténuent la virulence du bacille tuberculeux, qu'elles la détruisent même complètement quand l'acide est très concentré. »

M. Jaccoud tient à faire remarquer qu'il a gardé une réserve excessive dans ses conclusions n'ayant expérimenté que sur six animaux. Sa technique a été spéciale et ne peut être comparée à celle des autres expérimentateurs.

MM. Grancher et Chautard ont employé les inhalations d'acide sur des animaux préalablement inoculés ou sur des cultures de bacilles avec des solutions allant jusqu'à 1 p. 100 d'acide pur. Tous les animaux sont devenus tuberculeux bien qu'inoculés avec

des cultures ayant subi l'action de l'acide deux heures et demie, quatre heures même. Avec l'acide pur la survie a été plus longue, voilà tout.

M. HÉRARD regrette que M. Jaccoud n'ait pas fait davantage d'expériences. Avec l'acide pur ou une solution de 2/3 ou de 3/4 d'acide pur, 1/3 ou 1/4 d'eau, les résultats diffèrent absolument. Enfin, M. Jaccoud a expérimenté avec des solutions probablement trop étendues pour agir avec efficacité, M. Grancher a, du reste, reconnu que la virulence était diminuée et il est probable qu'il aurait constaté sa disparition si l'acide avait agi directement sur les cultures au lieu de barboter dans des ballons. Il faut que, comme dans les expériences de Trudeau, le contact soit intime.

— M. LABOULBÈNE fait savoir à l'Académie qu'il a reçu un grand nombre de mouches Tsé-Tsé avec lesquelles on pourra faire des expériences.

— M. A. ROBIN lit la première partie du rapport sur les eaux minérales.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports suivants :

M. DEVILLIERS au nom de la Commission d'hygiène de l'enfance ;

M. FRANCK sur le *Prix Barbier* ;

M. CUSCO sur le *Prix Monbine*.

Elle vote ensuite les récompenses accordées aux travaux sur : 1° l'hygiène de l'enfance; 2° les eaux minérales; 3° les épidémies en 1887. — P. C.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— L'Ecole dentaire de Paris, dirigée par M. le docteur Th. David, fera sa neuvième rentrée scolaire le samedi 10 novembre, à neuf heures du soir, dans son nouveau local, rue Turgot, 4, sous la présidence de M. Ollendorf, délégué de M. le ministre du commerce, directeur de l'enseignement technique. Tous les membres du corps médical peuvent assister à cette séance.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique le lundi 12 novembre, à neuf heures et demie et le continuera tous les lundis et vendredis.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude des maladies du cœur.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 10 novembre 1888. — *Ordre du jour* : 1. M. Dehenne : Opération de la cataracte. — Manuel opératoire. — Soins consécutifs. — 2. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le rapport de M. Hervieux sur la nécessité de réformer le service de la vaccine animale en France était à peine imprimé que déjà, grâce à l'appui — d'autant plus puissant qu'il est plus éclairé — que lui prêtait auprès du gouvernement M. Ch.-H. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, l'Académie était informée que M. le président du Conseil lui allouait une subvention de 8,000 francs pour l'aider à propager la vaccine animale. Il faut remarquer cet empressement du gouvernement à tenir compte des vœux exprimés par l'Académie, car je crois que, jusqu'alors, il n'y en avait eu guère d'exemple. M. Monod tient à prouver que son service n'est pas une sinécure, et il n'aura malheureusement que trop souvent l'occasion de le prouver, avant que tout ce qui ressortit à l'hygiène et à l'Assistance publique soit parfait. Puissent ses efforts et sa bonne volonté recevoir toujours un accueil aussi favorable que dans la circonstance présente!

Je ne sais, par exemple, si le rapport de M. Albert Robin sur les modifications et améliorations à apporter au service actuel des eaux minérales

FEUILLETON

CAUSERIE

Tandis qu'on parle chez nous d'imposer le revenu, et que les médecins font tous leurs efforts pour faire abolir la patente qui les écrase, il est question d'établir une taxe sur tous les médecins de l'empire russe.

Comme le règlement est assez original, permettez-moi de vous l'analyser au moins brièvement.

La rémunération des médecins sera doublement variable : 1° d'après l'importance des localités; 2° d'après la situation matérielle et sociale de leurs clients. Ces derniers sont divisés en trois catégories. La première comprend les rentiers, les propriétaires, les négociants de première ghilde, les grands industriels et les fonctionnaires des six premières classes. Le prix de la visite médicale sera pour eux de 2 roubles (4 fr. 50) dans les grandes villes, 1 rouble 50 dans les petites et 1 rouble dans les villages.

La seconde catégorie comprendra les employés gagnant plus de 1,000 roubles par an, les négociants de 2e ghilde, les instituteurs et les fonctionnaires de 7e ou de 8e classe. Ceux-ci paieront aux médecins 1 rouble 50, 1 rouble ou 75 kopecks, d'après la localité qu'ils habiteront.

Enfin la troisième catégorie embrassant tous les autres habitants de l'empire, devra

sera renvoyé à M. Monod; mais il faut avouer qu'il y a fort à faire dans ce service et qu'il serait bien urgent de le réformer, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue thérapeutique, hygiénique, administratif, etc. Le rapport de M. Robin ne laisse aucun doute à cet égard.

M. Hérard, malgré la communication de M. Jaccoud, est toujours aussi partisan du traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. Les expériences personnelles de M. Jaccoud étaient trop peu nombreuses pour entraîner la conviction en sens inverse; quant aux documents dont il s'était servi, on pourrait, d'après M. Hérard, les faire servir tout aussi bien à défendre sa cause qu'à les combattre, le travail de MM. Grancher et Chautard, par exemple. De plus, de nouvelles expériences de MM. Trudeau (de New-York), Moreau et Cochez (d'Alger), ont démontré l'action certaine de l'acide fluorhydrique sur les bacilles et sur les malades. Mais ce qu'il faut peut-être étudier avec plus de précision, c'est le mode d'action et le mode d'administration de cette substance, difficile à préparer et à manier.

M. Dujardin-Beaumetz a encore rappelé que, d'après les expériences de M. Mairet, les accidents attribués à l'absinthe devaient être mis au compte de l'alcool renfermé dans la liqueur d'absinthe; — M. A. Ollivier a démontré que l'assimilation proposée par M. Vidal (d'Hyères), entre l'empoisonnement par l'arsenic et les épidémies d'acrodynie, était un peu forcée; — M. Laboulbène a annoncé qu'il avait reçu plusieurs mouches Tsé Tsé, qui ne sont pas aussi rares qu'on le pense, puisqu'elles ont pu récemment mettre une armée en déroute.

— La note de MM. Ch. Richet et Héricourt, présentée à l'Académie des sciences par M. Verneuil, est encore un nouveau progrès des doctrines pastoriennes. D'après cette note, un microbe pyogène qui tue le lapin ne tue pas le chien, mais le sang du chien par lequel il a passé communique par inoculation l'immunité au lapin. C'est donc une confirmation de cette loi si importante pour la prophylaxie des maladies infectieuses, à savoir

payer 75,60 ou 50 kopecks en vertu de la même taxe progressivement décroissante. Ajoutons que toute visite de nuit donnera droit au médecin à 50 kopecks de supplément.

Un prochain règlement doit fixer les honoraires des chirurgiens et de leurs aides, des dentistes et des sages-femmes. Je vous dirai quels auront été les effets de cette bizarre taxation.

*
* *

Quelle est la plus heureuse des nations? Une femme d'un mérite éminent, la doctoresse Wickery, s'est posé cette question et a entrepris de la résoudre aux lumières de la statistique.

Elle estime, dit le *Temps*, que la nation la plus florissante est celle où les chiffres de la population mâle et femelle sont le mieux équilibrés; où il y a le moins d'enfants illégitimes et le plus d'adultes dans la force de l'âge; où la moyenne de la vie est le plus élevée; où l'on rencontre le plus de vieillards dépasssant la soixantaine.

C'est la France qui tient la tête sur tous ces points, et Mme Wickery pense que nous devons surtout cet avantage au fait que chez nous les familles sont sagement maintenues dans des proportions raisonnables et qui permettent de les bien gouverner. Le nombre des enfants, par famille, est, en effet, de 3.2 dans la République française, alors qu'il s'élève à 4.6 en Angleterre, à 5 en Allemagne, à 5.4 en Irlande, à 5.25 en Ecosse.

Tandis qu'en Grande-Bretagne et en Allemagne le chiffre des femmes dépasse de

que la matière virulente, en passant par un animal rebelle à une maladie, deviendrait un vaccin pour les animaux non rebelles. — L.-H. P.

REVUE DES JOURNAUX

Le docteur Balouïeff communique trois cas d'œsophagotomie externe par suite de corps étrangers de l'œsophage opérés par le docteur Sclifassowsky. Deux de ces cas se terminèrent par la guérison, malgré le volume assez considérable des corps qui étaient : dans le premier cas un grand morceau de viande, avalé de travers 4 ans auparavant et quelques os ayant jusqu'à deux centimètres de longueur; dans le deuxième, un grand morceau d'os de la longueur de trois centimètres enlevé le troisième jour.

Dans le troisième cas l'opération eut lieu le quatrième jour après l'accident chez un homme de 44 ans, qui avait avalé une petite lame de caoutchouc sur laquelle étaient fixées deux dents incisives qui remplaçaient pour le malade les dents naturelles. On trouva cet appareil enclavé dans l'œsophage. Le huitième jour après l'opération parut du sang, sortant de-dessous le pansement; le neuvième jour survinrent des phénomènes d'anémie aiguë, et le dixième jour la mort.

A l'autopsie on trouva l'ulcération de la paroi postérieure de l'œsophage, une inflammation purulente du médiastin postérieur et une masse de sang dans l'estomac. (*Medizinskoïe Oboz.* nº 15).

Le professeur Monastirsky décrit le troisième cas, existant dans la littérature médicale, de suture du canal cholécysto-entérique (cholecysto-entérostomie). La malade survécut à l'opération pendant deux mois. A l'autopsie on trouva : cancer du pancréas, du foie et du duodénum. La malade ayant présenté les symptômes de l'obstruction du canal cholédoque, on put voir à l'autopsie que la fistule faite par l'opérateur avait bien rempli son but : la vésicule ne contenait point de matières intestinales ; au-dessous de la fistule le contenu de l'intestin grêle était coloré par la bile ; au-dessus de la fistule il n'était pas coloré. Le canal hépatique n'était pas obstrué ; le canal cholédoque présentait une forte dilatation, son bout intestinal formait un cul-de-sac et était entouré par le néoplasme. (*Wiestnik de chirurgie*, mai et juin 1888). — Dr Olga Kraft.

Acide osmique en injection sous-cutanée dans le traitement du rhuma-

---

750,000 et de 1 million celui des hommes, en France on ne trouve qu'un excédent de 92,000 femmes. D'où ces deux résultats inattendus et, il faut bien le dire, peu conformes à l'opinion généralement répandue en Europe, que le chiffre proportionnel des mariages est plus grand et le nombre proportionnel des naissances illégitimes plus petit en France que partout ailleurs.

C'est ainsi que, de 1825 à 1867, la proportion des naissances illégitimes a été de 22 p. 100 en Bavière, 11 en Autriche, 10 en Suède, 8.2 en Prusse et seulement 7.2 en France.

La mortalité générale est actuellement de 38 p. 1,000 en Allemagne, 31 en Angleterre et 23.8 en France.

La France est aussi celui de tous les pays européens où l'on trouve le plus grand nombre d'adultes dans l'âge de la production, c'est-à-dire entre 15 et 60 ans. Sur 10,000 habitants, en effet, 5,373 appartiennent à cette catégorie, tandis qu'on trouve seulement 4,964 en Hollande, 4,954 en Suède, 4,732 en Grande-Bretagne, 4,396 aux Etats-Unis.

La moyenne de la vie en France est actuellement de 31,06 ans; c'est la plus forte de l'univers. Cette moyenne n'est que de 27,70 en Hollande, de 27,66 en Suède, de 26,5 en Angleterre, de 23,1 aux Etats-Unis.

Enfin, nous avons proportionnellement plus de vieillards au-dessus de 60 ans qu'aucune autre nation : sur 100 morts, on en compte en France 36 au-dessus de cet âge, alors qu'en Angleterre on n'en trouve que 30, en Suisse 31, en Belgique 28, en Wurtemberg 21, en Prusse 19 et en Autriche 17.

tisme musculaire. — Il y a deux ans, le docteur Grineviski a publié des cas de rhumatisme musculaire dans le traitement desquels il a employé l'acide osmique en injections hypodermiques. Dans ses premiers traitements, il a injecté l'acide osmique à la dose de trois à six gouttes d'une solution au centième pour une injection, c'est-à-dire à la dose qui est recommandée pour les cas de névralgie. Mais dans le *Practitioner* de septembre 1888, il établit que la dose du médicament peut être portée plus haut et il le démontre par plusieurs observations. Ce qui l'a mis sur cette voie, c'est le fait suivant : Dans la première de ces dernières observations, on avait, par erreur, au lieu de salicylate de cocaïne, injecté un quart de grain anglais (le grain anglais vaut environ 6 centigrammes) d'acide osmique pur, pour combattre un lombago intense. Cette injection détermina une vive douleur dans la région lombaire, et l'auteur redouta une inflammation phlegmoneuse et même une eschare gangréneuse, en raison de la dose relativement considérable de l'acide osmique injecté. Il n'en fut rien. La douleur ne dura pas plus de deux heures, et le malade eut la meilleure nuit qu'il eût goûtée depuis deux ans. En somme, la cure fut complète.

Il résulte de ce fait qu'une certaine quantité d'acide osmique peut être injectée dans le tissu musculaire sans conséquences graves, et que cette pratique peut être avantageuse dans le cas de rhumatisme. L'auteur conseille, pour combattre le rhumatisme musculaire, d'injecter dans le tissu du muscle huit gouttes d'une solution d'acide osmique au centième, et d'élever graduellement la dose en observant l'effet produit. Il pense même que les doses un peu fortes ont, sur les doses modérées, l'avantage d'être moins nombreuses et de renouveler moins souvent la sensation de brûlure, qui est la seule objection qu'on puisse opposer à ce mode de traitement, et que non seulement elles agissent plus promptement, mais encore d'une manière plus certaine. (*The therap. Gaz.*, 15 octobre 1888.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 novembre 1888.

De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère, par MM. J. Héricourt et

---

Mme Wickery aurait pu tenir compte de beaucoup d'autres éléments qu'elle a négligés et qui assignent également le premier rang à la France : le nombre relativement faible des assistés, par exemple, la sobriété relative de la population, le chiffre énorme des comptes courants ouverts aux caisses d'épargne, etc., etc.

La seule ombre au tableau est l'état presque stationnaire du chiffre de la population, qui peut devenir, à bref délai pour la France, un véritable danger national. Mais, à ne considérer que le présent, dans ses résultats les plus tangibles, il est incontestable que la France, cette prétendue « maison de fous », est la nation la plus heureuse, parce qu'elle est la plus sage.

*
* *

La discorde existe de plus en plus entre les médecins allemands et leur collègue de Londres.

Une des assertions du livre récent de sir Morell Mackenzie était, paraît-il, en contradiction avec les faits; la rectification qu'elle a provoquée de la part des partisans des chirurgiens allemands a toutefois manqué son but, car elle fait ressortir davantage encore leur maladresse.

En effet, répondant à M. Mackenzie, qui avait accusé M. Bergmann d'avoir fait fausse route en voulant introduire une nouvelle canule dans la trachée, et d'avoir ainsi hâté la mort de l'empereur Frédéric, le *National Zeitung* vient de publier une déclaration commune de MM. Virchow et Waldeyer, disant qu'il n'est nullement question, dans le

Ch. Richet. — « Pour faire suite à notre communication précédente (1) nous donnons les résultats obtenus sur l'immunité consécutive à la transfusion péritonéale.

Nous avons d'abord essayé de faire passer directement du sang de chien dans le système sanguin du lapin; mais nous avons bientôt renoncé à ce procédé; car, même à la dose de 12 grammes (2), le sang du chien injecté directement dans une veine fait mourir un lapin. La transfusion péritonéale, au contraire, comme cela a été indiqué par M. Hayem en 1884, est une opération inoffensive qui équivaut à une transfusion lente.

Voici comment nous procédons. Nous injectons du sang complet, en le faisant passer directement par un tube en caoutchouc, de la carotide d'un chien dans l'abdomen du lapin, après avoir pris les précautions antiseptiques nécessaires. En pesant rigoureusement le lapin avant et après l'expérience, nous connaissons la quantité de sang injectée.

L'innocuité de cette opération est remarquable. En effet, sur 34 expériences, nous n'avons eu qu'un seul cas de mort par septicémie. Dans 28 expériences, où la dose de sang transfusé a été inférieure à 70 grammes, il y a eu, sauf une exception, survie des lapins. La dose transfusée a varié, en général, de 30 à 50 grammes. On peut donc considérer une transfusion péritonéale qui ne dépasse pas 70 grammes de sang comme inoffensive.

Il est vrai qu'une dose plus forte est toxique. Dans 5 cas où la quantité injectée a atteint et dépassé 70 grammes (110, 110, 100, 80, 70), il y a eu, sauf une exception, mort des lapins en moins de vingt-quatre heures.

Les effets de cette transfusion sont immédiats; on observe une polypnée parfois très intense. Il y a émission d'une urine abondante et claire. Le lapin se couche à plat ventre, et sa température s'abaisse de 2 et même 3 degrés (dans un cas, 35°3 deux heures après l'opération), tous phénomènes explicables, d'une part, par le passage rapide du sang intra-péritonéal dans le système vasculaire; d'autre part, par l'action dissolvante que le sérum du sang de chien exerce sur les globules rouges du lapin (Landois.) (3).

(1) Voir *Union médicale* du 3 novembre 1888.

(2) Ce chiffre, comme tous ceux que nous indiquons dans cette note, se rapporte à des lapins pesant tantôt un peu plus, tantôt un peu moins que 2,000 grammes.

(3) D'ailleurs, dans une série d'expériences en cours d'exécution, nous avons pu rendre cette action toxique en choisissant la voie stomacale. Injecté dans l'estomac par trans-

procès-verbal d'autopsie, de la cavité d'un abcès qui n'aurait jamais existé. Le tissu dans lequel la canule se serait égarée aurait été trouvé normal et sans cicatrice.

Ce n'était vraiment pas la peine d'attirer l'attention sur ce point et de jeter un aussi lourd pavé sur le nez de M. Bergmann. A la rigueur, on aurait compris que la fameuse canule se soit égarée dans la cavité d'un abcès voisin de l'incision trachéale, ou dans le tissu du néoplasme ramolli; mais on ne comprend guère que cette canule, dirigée par l'éminent professeur Bergmann, ait fait fausse route dans des tissus normaux; il faut qu'il ait été en proie à une singulière émotion ou à des préoccupations toutes particulières pour avoir commis une faute que les jeunes internes de nos hôpitaux d'enfants ne se permettraient certainement pas.

*
* *

Oh! monsieur Armand Duharry, est-ce possible? Comment avez-vous pu croire vraie l'historiette que vous avez intercalée dans vos *Voyages et Aventures* (publiés en 1881 dans le *Musée des familles*).

Un courtier de commerce nommé Kruger, mal bâti, brèche-dent, les oreilles démesurément longues, les yeux petits et noirs, Allemand de nationalité, était, de plus, chauve comme un genou. Sa calvitie le tourmentait et, pour y remédier, il venait de sacrifier une grosse somme.

Il existe en Amérique une plante que les botanistes appellent *pilocarpus pinnatus* et le vulgaire public jaborandi, dont les feuilles et l'écorce fournissent un principe actif,

Or, en inoculant des cultures de *staphylococcus pyosepticus* à des lapins ayant subi depuis 36 heures environ cette transfusion péritonéale, nous avons constaté qu'ils avaient acquis une immunité remarquable vis-à-vis des effets de ce micro-organisme, immunité portant : 1° sur l'œdème; 2° sur la fièvre; 3° sur la survie.

Voici quelques exemples, entre autres, pour démontrer ces trois effets :

1° *Œdème.* — Le 26 octobre sont inoculés, chacun avec 4 gouttes d'une culture de *st. pyosepticus,* 6 lapins ayant reçu du sang de chien dans le péritoine, 2 lapins antérieurement vaccinés et 4 lapins témoins; 48 heures après l'inoculation, les 6 lapins transfusés présentent, au point de l'inoculation, une petite tumeur dont la plus volumineuse a la grosseur d'une noix, 2 de ces lapins n'ont qu'une tumeur à peine appréciable. Les 2 lapins vaccinés ont : l'un une tumeur grosse comme une noix, l'autre pas de tumeur. Les 4 lapins témoins ont tous quatre une énorme tumeur qui s'étend dans toute la région abdominale et qui forme une masse empâtée plus grosse que le poing.

2° *Température.* — Le 10 septembre, on inocule 4 lapins avec 4 gouttes de culture de *st. pyosepticus.* Le lendemain, le lapin témoin a 41°6; les 3 autres, qui avaient reçu une transfusion péritonéale, ont 40°2, 40°4 et 40°1.

3° *Survie.* — Le 4 octobre, 7 lapins sont inoculés avec 4 gouttes de culture de *st. pyosepticus*, 6 ont reçu, 48 heures auparavant, du sang de chien dans le péritoine. Le témoin meurt moins de 20 heures après l'inoculation. Des 6 autres, 3 meurent : l'un 50 heures, l'autre 70 heures, l'autre 90 heures après l'inoculation. Les 3 autres survivent et sont encore vivants aujourd'hui.

Pour expliquer l'inconstance apparente des résultats, nous ferons remarquer que le sang de chien a été pris à deux sources différentes : 1° sang intact; 2° sang de chien ayant subi une inoculation préalable de *st. pyosepticus.* Les 3 lapins transfusés qui sont morts avaient reçu du sang provenant d'un chien intact, tandis que les 3 lapins qui ont survécu avaient reçu du sang provenant d'un chien qui avait précédemment subi, à diverses reprises, des inoculations sous-cutanées de *st. pyosepticus*.

---

fusion directe, le sang du chien est vraiment toxique. Un lapin est mort en quelques heures après avoir reçu dans l'estomac 470 grammes de sang de chien. Un autre est mort en vingt-six heures après avoir reçu 180 grammes. D'autres ayant reçu 130, 110, 100 et 70 grammes ont survécu. L'absorption doit être très rapide ; car les phénomènes de polypnée, de polyurie et d'hypothermie s'observent après l'injection stomacale comme après l'injection péritonéale.

---

la *pilocarpine,* que l'on considère comme un sudorifique tout-puissant et auquel un médecin tudesque a découvert la propriété de faire repousser les cheveux sur les crânes les plus dénudés.

Ici, je vous arrête, monsieur A. Dubarry; la découverte de votre savant tudesque n'est pas plus valable que celle de tous les artistes capillaires dont l'eau merveilleuse fait pousser des cheveux d'une longueur de 1 mètre 80, non plus que la mixture étonnante qui, d'après les auteurs du *Pied de Mouton*, je crois, faisait repousser les crins des vieux balais. Mais continuons :

Deux ou trois injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, dans l'espace de quinze jours ou trois semaines, et la calvitie disparaît si bien qu'il n'en reste plus trace au bout de trois ou quatre mois. Voilà de quoi tourner la tête aux millions de chauves qui gémissent, ici-bas, de la pauvreté de leur cuir chevelu.

Malheureusement la pilocarpine n'est pas à la portée de toutes les bourses; les docteurs qui en ont le secret (mais c'est le secret de Polichinelle, cher Monsieur; il y avait longtemps, en 1881, que tous les pharmaciens en avaient dans leur officine) la vendent à un prix fou, et Kruger avait dû payer à un célèbre spécialiste de Sydney 5,000 dollars pour trois injections sous-cutanées. (Où diable la spécialité va-t-elle se nicher? Spécialiste pour injections sous-cutanées de pilocarpine, à 5,000 francs par pièce! C'est à faire dresser les cheveux sur la tête et à faire repousser ceux des chauves!)

Mais Kruger ne s'en plaignait point (il est vrai de vous dire que son père avait fait une fortune rondelette en vendant des pendules après la guerre de 1870-71), car ses

Or, ce n'est pas là un fait exceptionnel. Parmi les chiens qui ont servi à donner du sang, il en est 3 qui avaient été inoculés quelques mois auparavant par le *st. pyosepticus* et qui, après avoir présenté d'énormes abcès, avaient guéri complètement. Or, tous les lapins transfusés avec le sang de ces chiens ont résisté à l'inoculation de *st. pyosepticus,* tandis que les lapins, transfusés avec du sang de chien intact ont généralement succombé. Sur 18 expériences, 6 ont été faites avec du sang de chien précédemment inoculé. Il y a eu survie de tous les lapins transfusés avec ce sang, puis inoculés; 12 transfusions ont été faites avec du sang de chien intact. Sur les 12 lapins transfusés ainsi, puis inoculés, 9 sont morts (1).

Il nous semble donc assez probable que le sang des chiens inoculés précédemment, et guéris, confère une immunité plus complète que le sang des chiens intacts.

Mais ce qui est incontestable, c'est l'effet saisissant qu'exerce la transfusion péritonéale de sang de chien chez les lapins inoculés avec le *st. pyosepticus* pour les phénomènes locaux et l'œdème. Il est difficile de distinguer des lapins vaccinés et des lapins transfusés, tellement, chez les uns comme chez les autres, les effets phlogogènes, locaux, ont disparu.

Il est bien entendu que nous poursuivons nos recherches sur des microbes plus répandus, tels que celui du charbon et celui de la tuberculose. Car il est permis d'espérer qu'il ne s'agit pas là d'un fait spécial au *st. pyosepticus,* mais d'un phénomène général d'immunité. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1888. — Présidence de M. E.-R. Perrin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* se compose des journaux et revues de la quinzaine.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Trousseau, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

(1) Il est vrai que, parmi les 3 qui ont survécu, il y en a 2 qui ont été inoculés en même temps qu'un témoin, lequel a survécu, par une très rare exception, à l'inoculation du *st. pyosepticus.*

---

cheveux repoussaient; il le constatait chaque jour en examinant son crâne dans un miroir, et ne doutait plus de pouvoir se présenter un jour à sa cousine de Munich avec une chevelure comparable à celle de feu Samson.

Eh bien, toutes ses espérances furent dépassées. Trois mois après, l'homme-chien avait un crâne glabre auprès du sien; il ressemblait à un animal, c'est vrai, mais à un ours, tellement les cheveux, la barbe, abondaient sur son front, sa figure et son cou. Il aurait pu figurer avantageusement dans une baraque de foire.

Il paraît, d'après M. Armand Dubarry, que cette exubérance pileuse est fréquente chez les individus traités par la pilocarpine; mais c'est la première fois que je la trouve mentionnée dans mes lectures. Comme au fond il s'agit d'un descendant des pillards de 1870, cela me laisse assez froid; mais vous savez, au point de vue scientifique, c'est d'une exactitude douteuse.

*
* *

Par suite de considérations diverses, les médecins appellent d'ordinaire un de leurs confrères lorsque, dans leur propre famille, ils ont à lutter contre une maladie grave.

On conçoit qu'en pareil cas il serait dangereux pour un docteur de se fier à ses seules lumières que son émotion pourrait obscurcir, car on juge mal quand il s'agit d'une personne que l'on aime. . . . .

Une aventure que racontait Mme Orfila, la veuve du célèbre chimiste, ancien doyen de la Faculté de médecine, prouve combien on peut perdre la tête, en présence de la situation grave des siens.

Lettre de M. Deligny, qui, obligé pour les soins de sa santé de passer l'hiver dans le Midi, sollicite de la Société un congé de durée indéterminée. (Accordé à l'unanimité.)

— M. Wickham donne lecture d'une note envoyée par M. Colombe (de Lizieux), membre correspondant, et intitulée : *Observation de polydactylie.* (Sera publiée.)

M. Polaillon fait remarquer que beaucoup d'observations courantes confirment l'opinion de M. Colombe. Déjà les Romains connaissaient des familles de sex-digitaires, et l'on peut dire, lorsqu'on en rencontre un, qu'il en existe généralement d'autres dans sa famille.

M. Duroziez pense qu'il serait intéressant de savoir si les enfants sex-digitaires sont en majorité des garçons ou des filles. Il regrette qu'il n'y ait pas de statistique précise à cet égard.

— M. Christian communique une observation de *morphinomanie grave* chez un jeune homme de 24 ans, guéri par suppression brusque du médicament.

M. Ladreit de La Charrière : Le malade de M. Christian a été non seulement morphinomane, mais en même temps aliéné; autrement, aux termes mêmes de la loi de 1838, il eût été impossible de le séquestrer. J'ai observé un assez grand nombre de morphinomanes, et je crois que l'internement seul permet d'obtenir la guérison. J'ai toujours pratiqué la suppression brusque, sans voir d'accidents.

M. Dubrisay : L'observation de M. Christian est intéressante; mais son malade a été aliéné, et cela a été, à mon avis, très heureux pour lui, car il a pu être interné dans une maison de santé. On ne guérit pas de la morphinomanie en restant dans le monde, je m'en suis assuré bien souvent. Je trouve aussi que le malade a eu beaucoup de chance d'échapper aux conséquences des abcès multiples qu'il a eus à la suite des piqûres; il aurait pu être gravement infecté.

M. Reliquet : Je demanderai à M. Christian s'il a tenu compte de l'état des urines, surtout de leur quantité dans les vingt-quatre heures et du chiffre d'urée dans les vingt-quatre heures?

M. Christian : Les urines n'ont été examinées qu'au point de vue du sucre et de l'albumine : il n'y en avait pas. Les premiers jours, elles étaient rares et chargées, mais l'attention n'a jamais été appelée du côté de la vessie.

Quoique dans un état de grossesse avancée, Mme Orfila avait accompagné son mari à une petite soirée : ils rentraient en voiture chez eux, dans le faubourg Saint-Germain, quand, sur la place de la Concorde, la pauvre femme fut prise des douleurs de l'enfantement avec une telle violence, qu'il fallut s'arrêter presqu'au pied de l'Obélisque. Il était plus de minuit; personne ne passait dans cet endroit désert.

Orfila eut un instant d'égarement, et le cocher vit avec stupeur le grand médecin qui, au lieu de secourir la malade, courait comme un fou autour de la voiture, en criant : « Un docteur, vite un docteur! »

Je ne garantis pas l'authenticité de l'anecdote, mais, *si non è vera*... avouez qu'on peut la raconter comme drôle. Simplissime.

Pilules contre la goutte. — P. Vigier.

Carbonate de lithine	5 grammes.
Iodure de potassium	5 —
Extrait de gentiane	2 gr. 25 centigr.
Gomme pulv.	0 gr. 75 centigr.

Mêlez et divisez en 50 pilules. — Une pilule à chaque repas, dans la goutte chronique avec tophus au niveau des articulations. — Si la goutte se complique de coliques néphrétiques, on remplace le carbonate de lithine par le benzoate de la même base. — N. G.

M. Reliquet : Chez les morphinomanes que j'ai observés, il y avait toujours une diminution notable de la quantité d'urine des vingt-quatre heures et un chiffre d'urée inférieur à la normale. Toujours, et c'est certainement pour cela que j'ai été appelé près de ces morphinomanes, ils avaient de l'excitation vésico-uréthrale ; des envies fréquentes d'uriner, et de la douleur en urinant et même après avoir uriné. Chez tous les urines peu abondantes étaient très épaisses, fortement chargées de cristaux d'acide urique, ils avaient des urines de serpent.

Dans mes leçons sur les stagnations d'urine, au chapitre des *reins insuffisants*, je cite le fait d'un malade que j'observe depuis 1878. Je le vois encore assez souvent.

En 1878, ce malade était soigné depuis un an d'une sciatique par les injections de morphine. Il ne se séparait plus de sa seringue et de sa solution, et se faisait des injections sans se préoccuper de la dose du médicament, il s'arrêtait quand il ne souffrait pas, et se réinjectait dès qu'il souffrait ou croyait souffrir.

Pris de vives douleurs en urinant, et ayant de fréquents besoins, on me demande.

Je constate qu'il y a à peine 200 grammes d'urine par vingt-quatre heures, qu'elles sont boueuses grâce à la grande quantité de cristaux d'acide urique. C'est absolument de l'urine de serpent. Les douleurs sont continues en raison des besoins incessants pour uriner, l'urèthre contient toujours de nombreux cristaux d'acide urique.

Par la percussion de l'hypogastre et le toucher rectal, je constate que la vessie est vide.

Cette excitation violente de la vessie et de l'urèthre existait depuis un certain temps. La constipation est complète.

Je mis le malade au lait coupé avec de l'eau ; puis, après deux jours, au lait pur, et, de temps en temps, un peu de tisane de queue de cerises et de graine de lin. Les urines sont revenues lentement à une quantité moyenne de 1,000 à 1,200 centimètres cubes.

Jecombats la constipation par les grands lavements donnés, le malade étant couché sur le côté droit, la canule en gomme introduite très loin et le liquide n'arrivant que très lentement dans l'intestin.

Chez ce malade que j'ai toujours suivi depuis 1878, l'insuffisance rénale a persisté. Dès qu'il quitte complètement le régime lacté pour la nourriture habituelle, de suite la quantité d'urine et le chiffre d'urée des vingt-quatre heures diminuent, et pour peu que l'on retarde de deux ou trois jours la reprise du lait, les signes cliniques de l'urémie (surtout la somnolence) apparaissent. Plusieurs fois, j'ai dû recourir à de petites émissions de sang, en mettant des sangsues à l'anus, pour faire cesser les troubles cérébraux.

Ce malade, avant d'être convaincu qu'il devait vivre surtout de lait, a essayé un grand nombre de fois la nourriture azotée, toujours les mêmes accidents se sont reproduits et toujours le régime lacté a réussi à rétablir et la quantité d'urine, et le chiffre d'urée des vingt-quatre heures.

Ainsi, chez ce malade, après une crise, sous l'action du régime lacté, il y a une véritable décharge d'urée de l'organisme. Pendant quelques jours, le chiffre d'urée est plus fort que d'habitude, puis la moyenne s'établit. Je dois dire que, chez ce malade, la moyenne d'urée est de 17 à 18 grammes pendant le régime lacté.

J'observe un second malade qui, à la suite de morphinomanie, est aussi resté avec de l'insuffisance rénale.

En 1874, ici, devant notre Société, à propos d'un mémoire de M. Aimé Martin sur les avantages des injections de morphine dans certaines coliques douloureuses, j'insistai sur le danger de ces injections chez les sujets ayant des reins plus ou moins malades. J'ai toujours cru qu'il fallait que les reins soient au préalable malades pour que les accidents d'urémie se produisent sous l'influence de la morphine. J'entends ces accidents aigus que tous connaissent maintenant.

Mais devant le fait que je viens de vous dire et ceux que j'observe ou ai observés, je vous demande si l'abus continu de la morphine ne peut pas être la cause principale de l'insuffisance rénale persistante.

Les urines, rares, très chargées de matériaux salins, et surtout de cristaux d'acide urique, doivent irriter beaucoup les tissus des reins, peuvent y provoquer, au même titre et de la même façon que les cristaux d'acide urique des goutteux, une sclérose plus ou moins étendue des tissus des reins.

— L'ordre du jour appelle la lecture d'un travail de M. Dehenne sur le *manuel opératoire de la cataracte*. L'heure étant trop avancée, la communication de M. Dehenne est, d'un commun accord, renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

VOMISSEMENTS SYMPATHIQUES.

Certaines gens ne doutent de rien. Voici ce qui a été raconté publiquement, avec une imperturbable gravité, à la Société obstétricale de Philadelphie dans la séance du 5 avril 1888.

Un homme fut pris de vomissements chaque matin, deux semaines après l'apparition des dernières règles chez sa femme qui n'eut, aucun *autre* signe de grossesse. Le mari continua de vomir pendant deux mois. Dans les grossesses précédentes *il* avait présenté les mêmes symptômes.

L'auteur *n'explique* pas ce fait curieux. Goodell rappelle que les vomissements par sympathie entre époux ne sont pas absolument rares.

Si cette communication a été réellement faite, elle doit donner à réfléchir aux accoucheurs bibliographes qui enregistrent tout ce que l'étranger nous envoie. H. S.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues du 15 octobre au 15 novembre 1888.

Vendredi 26 octobre. — M. Rossignol : De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant. (Président, M. Damaschino.) — M. Ter Grigoriantz : Hémiplégie chez les enfants. (Président, M. Damaschino.)

Du 27 au 30. — Pas de thèses.

Mercredi 31. — Mlle Goldspiegel : Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. (Président, M. Charcot.) — M. Leroux : Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique. (Président, M. Damaschino.)

Du 1er au 6 novembre. — Pas de thèses.

Mercredi 7. — M. Plicque : Récidive des tumeurs malignes. (Président, M. Verneuil.) — M. Demars : Des kystes hydatiques du foie et de leur traitement. (Président, M. Verneuil.) — M. Félici : Rapport de la chlorose avec la tuberculose. (Président, M. Potain.)

Jeudi 8. — M. Pantaloni : Portion pelvienne des uretères chez la femme. (Président, M. Le Fort.) — M. Jondeau : Nœvi polypoïdes du méat urinaire chez la femme. (Président, M. Le Fort.) — M. Lavaux : Du lavage de la vessie sans sonde. (Président, M. Peter.) — M. Rousseau : Contribution à l'étude de l'antisepsie en obstétrique dans ses applications à la campagne. (Président, M. Duplay.) — M. Thérault : De la transparence dans les tumeurs comme élément de diagnostic. (Président, M. Panas.) — M. Millier : Contribution à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. (Présitned, M. Brouardel.) — M. de Viville : Gangrène des pieds d'origine nerveuse. (Président, M. Cornil.)

Du 8 au 13. — Pas de thèses.

Mercredi 14. — M. Soca : Etude clinique sur la maladie de Friedreich. (Président, M. Charcot.) — M. Mignon : De la fièvre dans la phthisie chronique et de son traitement par la créosote. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 15. — M. Bussat : Traitement chirurgical de l'ongle incarné, procédé Quéau. (Président, M. Le Fort.) — M. Duras : De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin. (Président, M. Duplay.) — M. Regnault : Des altérations crâniennes dans le rachitisme. (Président, M. Grancher.) — M. Tabarant : Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. (Président, M. G. Sée.)

COURRIER

ASILE D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers) est placé à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

MM. les docteurs Cullerre, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée) et Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont placés à la 1re classe de leur grade (7,000 fr.).

MM. les docteurs Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne) et Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, sont placés à la 2e classe de leur grade (6,000 fr.).

M. le docteur Lemoine, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord) est placé à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

M. le docteur Guyot, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) est nommé directeur médecin de l'asile de Châlons (Marne) en remplacement de M. le docteur Henry Bonnet, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est placé dans la troisième classe de son grade (5,000 fr.).

M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine) est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1888.

M. le docteur Dubuisson, ancien médecin-adjoint des asiles publics en disponibilité, médecin en chef à l'asile privé de Leyme (Lot), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), et est placé dans la 1re classe de son grade (3,000 fr.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont nommés chefs des travaux de laboratoire et préparateurs :

Médecine expérimentale et comparée : chef, M. Rodet ; préparateur, M. Courmont. — Anatomie pathologique : chef, M. Bar ; préparateur, M. Trévoux. — Physique médicale : chef, M. Didelot ; préparateur, M. Coque. — Chimie minérale : chef, M. Linossier : préparateur, M. Lignon. — Physiologie : chef, M. Reboul ; préparateur, M. Doyon. — Matière médicale et botanique : chef, M. Beauvisage. — Chimie organique et toxicologie : chef, M. Hugounenq ; préparateur, M. Monavon. — Médecine légale : chef, M. Coutagne ; préparateur, M. Saint-Cyr. — Pharmacie : chef, M. Florence ; préparateur, M. Ducher. — Clinique chirurgicale : chef, M. Moudan. — Clinique médicale : chefs, MM. Roux et Barral ; préparateur, M. Curtillet. — Anatomie générale et histologie : chef, M. Vialleton ; préparateur, M. Andry. — Médecine opératoire : préparateur, M. Pollosson.

Sont nommés aides de clinique : 1° maladies des femmes, M. Goullioud ; 2° maladies des enfants, M. Devic.

RENTRÉE SOLENNELLE DES FACULTÉS DE LYON. — La rentrée solennelle des Facultés de Lyon a eu lieu samedi 3 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du recteur, M. Charles. Le discours d'usage a été prononcé par M. Garraud, professeur à la Faculté de droit, qui a parlé du *problème moderne de la pénalité*. La partie de son discours qui intéresse les médecins est celle où il a parlé des théories de l'Ecole anthropologique pour laquelle le crime serait un phénomène d'ordre physiologique et anthropologique, bien plus que d'ordre social. L'orateur n'a pas de peine à démontrer que, malgré les enthousiasmes de la première heure, on n'a pas encore trouvé les caractères physiques permettant de distinguer le type criminel du non criminel. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher le critère de la pénalité nouvelle.

Le doyen de la Faculté de médecine, M. Lortet, a profité de son tour de parole pour parler du changement qui va s'accomplir à la Faculté dans quelques mois ; l'Etat reprendra au mois de mars la Faculté dont les frais d'entretien et d'enseignement sont depuis douze ans à la charge de la ville.

M. Lortet en a pris texte pour remercier la municipalité des lourdes charges qu'elle s'était imposées et pour constater l'état florissant de la Faculté, qui n'avait au début que 300 élèves et qui en compte aujourd'hui plus de 800. Il a terminé en faisant ressortir la valeur de l'enseignement de la Faculté lyonnaise et en faisant remarquer que les trois

places de correspondants de l'Institut dans la section de médecine et de chirurgie sont occupées toutes les trois par des Lyonnais.

M. le Doyen a ensuite proclamé les prix de fin d'année (que nous avons déjà fait connaître) et les thèses récompensées (années 1886-1887).

— M. le docteur Ozanne, ancien médecin du lycée de Versailles, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daussure (de Saint-Vrain), Jacquet (de Lyon), Mailho (de Bordeaux) et Phélippeaux (de Saint-Savinien).

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Legoux est nommé doyen, en remplacement de M. Baillaud, nommé doyen honoraire.

— M. Rolland, médecin en chef de l'asile des aliénés, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Montauban.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de cet établissement commenceront le mardi 13 novembre une série de conférences qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mardi, à deux heures. — Docteur Abadie : *Clinique et opérations.*

Le jeudi, à trois heures. — Docteur Valude : *Optique physiologique, théorie et pratique.*

Le vendredi, à une heure. — Docteur Trousseau : *Thérapeutique usuelle. Opérations.*

Le samedi, à deux heures. — Docteur Chevallereau : *Ophthalmoscopie clinique, exercices ophthalmoscopiques.*

Ecole des hautes études. — M. G. Pouchet, professeur au Muséum, commencera samedi prochain, à quatre heures du soir, une série de conférences sur l'histologie comparée des vertébrés, avec préparations à l'appui et les continuera chaque samedi à la même heure, dans le laboratoire d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55 ; c'est là que devront se faire inscrire les personnes qui désireront suivre ces conférences.

— Le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le mardi 13 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Société médico-pratique. — Séance du 12 novembre. — *Ordre du jour* : 1. M. Monnier : Des heureux effets du lavage de l'estomac dans un cas de pseudo-étranglement par péritonite. — 2. M. Routier : Deux observations d'accidents bizarres pré-opératoires. — 3. M. Tripet : Dermite lymphangitique causée par un pansement phéniqué. — 4. M. D. Labbé : De l'électricité statique dans le rhumatisme musculaire ; lumbago aigu guéri en une seule séance d'électrisation. — 5. A l'issue de la séance, réunion de la commission du prix.

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 12 novembre 1888, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Déclaration de vacances (membres titulaires et membres correspondants). — 3. Organisation d'un Congrès de médecine légale, à tenir en 1889. — 4. M. Pouchet : Intoxication par l'atropine question de responsabilité médicale et pharmaceutique. — 5. Communications diverses. — Envoi d'un travail de M. Clark Bell de New-York. — Rapport médico-légal de M. Motet.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

CONFÉRENCES DE L'HÔPITAL COCHIN (SIXIÈME CONFÉRENCE).

De la désinfection (1),

Par le docteur Dujardin-Beaumetz,

Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Cochin.

Il n'est pas douteux que les personnes qui ont été en contact avec des malades atteints de maladies infectieuses puissent être l'objet d'un contage, sans cependant être atteintes de la maladie contagieuse dont ils sont les propagateurs involontaires.

On comprend facilement que la peau ou bien les vêtements puissent recéler des microbes pathogènes et que ces microbes, ainsi transportés par le contact direct sur une autre personne, puissent être le point de départ d'une infection.

Ces faits ont été signalés pour la fièvre typhoïde, pour la variole et les autres fièvres éruptives; ils l'ont été aussi pour la diphthérie, et de Crésantignes a cité à ce propos des observations qui paraissent indiscutables (2).

Mais c'est surtout la chirurgie et l'obstétrique qui ont accumulé sur ce point les preuves les plus convaincantes, et il est admis aujourd'hui, sans conteste, que, dans un grand nombre de cas, c'est le chirurgien ou l'accoucheur qui est le facteur le plus actif de la septicémie qui survient, soit chez les blessés, soit chez les nouvelles accouchées ; et, à cet égard, permettez-moi de vous citer les curieuses expériences de Kümmel, qui, plongeant les mains dans de la gélatine, observait quel était le lavage qui rendait ses mains absolument aseptiques. Il a montré qu'il y a des mains qui ne peuvent se nettoyer, et qui, malgré tous les soins, donnent toujours naissance, dans ces circonstances, à des colonies microbiennes ; de pareilles expériences nous expliquent, je crois, les succès et les insuccès de certains chirurgiens; nous reviendrons d'ailleurs dans un instant, sur ce point, lorsque je vous parlerai de la désinfection des mains et des instruments.

La désinfection, en effet, des personnes comprend deux parties : la désin-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 novembre 1888.

(2) De Crésantignes : *Contribution à l'étiologie de la diphtérie. Contagion par l'intermédiaire du sujet indemne.* (*Bulletin et Mémoire de la Société de médecine pratique,* 5 juillet 1888, p. 505.)

fection des vêtements et celle de la peau. Pour accomplir la première, on avait songé à placer les individus dans des boîtes à fumigations où la tête, étant placée en dehors, tout le corps peut être mis en contact avec des vapeurs chlorées ou sulfurées. C'est ce qui se fait à la Maternité royale de Copenhague, c'est ce qui se fait aussi aux hôpitaux de varioleux en Suisse. en Allemagne et en Italie. Mais de telles pratiques sont bien difficiles à mettre en œuvre, surtout dans nos hôpitaux, où le personnel médical est très nombreux. Aussi a-t-on abandonné la pratique des cabines désinfectantes et a-t-on adopté l'usage fort utile du vêtement spécial pour l'hôpital, et en particulier des vêtements en toile, et exige-t-on que, dans les hôpitaux réservés aux varioleux ou aux malades atteints de maladies contagieuses, tout le personnel hospitalier ne sorte jamais au dehors avec les vêtements dont ils font usage à l'hôpital.

Quant aux soins de propreté de la peau, ils consistent en des bains et en des lavages fréquents du visage et des mains. On devrait exiger que la barbe fût toujours portée très courte et que les cheveux fussent presque ras.

En tout cas, on doit apporter le plus grand soin aux lavages des cheveux et de la barbe. Mais c'est sur la désinfection des mains que l'attention a été le plus appelée. Dans ses expériences, Kümmel a montré que le lavage des mains à la brosse, pendant cinq minutes, avec savon et eau chaude, et le rinçage à l'eau bouillie n'empêchaient jamais le développement des colonies de bactéries et de microbes, et qu'il fallait un lavage des mains à la brosse, pendant trois minutes, avec savon et eau chaude, puis, pendant une minute, avec de l'eau phéniquée à 5 p. 100, pour empêcher la production de ces microbes. Les résultats de ces expériences ont été confirmés depuis par Gaerner et Forster. Mais quand les mains sont infectées par une autopsie, ces précautions ne suffisent plus, et voici ce qu'il faut faire pour débarrasser les mains de tout micro-organisme : lavage à la brosse, pendant cinq minutes, avec du savon noir et de l'eau chaude, puis, pendant deux minutes, lavage à la brosse avec un mélange à parties égales d'eau de chlore et d'eau distillée, ou bien avec de l'eau phéniquée à 5 p. 100. Mais ce sont surtout les ongles qui doivent être nettoyés avec le plus grand soin et toujours portés excessivement courts.

Pour obtenir cette antisepsie de la peau, on a aussi conseillé d'employer des solutions de permanganate de potasse; c'est Danlos qui est l'auteur de ce procédé qui consiste à se laver les mains dans une solution de permanganate à 5 p. 1,000. On enlève la coloration brune, que détermine un pareil lavage, en trempant ses mains dans du bisulfate de soude au cinquième On a aussi conseillé des savons antiseptiques et des lotions aromatiques antiseptiques; voici quelques-unes de ces formules données par Hélot :

1° *Savon antiseptique.*

Acide borique..................................	15 grammes.
Crème de savon des parfumeurs..............	90 —

2° *Lotion aromatique.*

Acide thymique..................................	1 gramme.
Alcool à 90 degré..............................	4 —
Eau distillée....................................	1000 grammes.

Mollard a fait des savons sulfureux; d'autres ont établi des savons à l'acide phénique, au phénol, etc.

Telles sont les règles générales applicables à la désinfection des personnes. Vous devez surtout les recommander aux gardes-malades ou aux membres de la famille qui sont en contact direct avec le malade. Vous leur direz de se laver les mains toutes les fois qu'ils auront touché le malade et surtout ses déjections; ils le feront avec des solutions de sublimé à un millième ou de thymol à un millième; vous leur recommanderez de se tenir très proprement les mains et les ongles; ils devront se laver fréquemment le visage, les cheveux et la barbe; des bains fréquents leur seront administrés. Vous leur défendrez de manger et de boire dans la chambre du malade; enfin, vous leur interdirez de sortir au dehors avec les vêtements qu'ils portent auprès du malade.

Il ne me reste plus maintenant qu'à vous parler de la désinfeclion des déjections.

C'est là un sujet qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Depuis que la bactériologie nous a fait connaître la présence de microbes pathogènes dans les déjections, la nécessité de la désinfection plus ou moins complète de ces déjections est devenue un des points les plus importants de l'hygiène prophylactique. Il est deux maladies surtout où la contagion se fait presque exclusivement par les déjections, ce sont la fièvre typhoïde pas les matières fécales, la tuberculose pulmonaire par l'expectoration.

Comme l'a dit Vallin dans son remarquable rapport sur la contagion de la tuberculose, on est en droit d'affirmer que les produits de l'expectoration sont sans contredit l'agent principal de la transmission de la tuberculose. Il y a donc une importance capitale à détruire la virulence de ces crachats.

Si vous vous reportez aux expériences de Schell et Fischer, ces crachats présenteraient, surtout à l'état humide, une extrême résistance à nos agents de désinfection, et, seule, la chaleur serait un moyen certain de la destruction des produits virulents.

Yersin affirme que les bacilles de la tuberculose, sporulés ou non, sont détruits quand ils sont chauffés à la température de 70 degrés pendant dix minutes. Mais je crois que, dans la pratique, cette température doit être plus élevée et portée au moins jusqu'à 100 degrés.

Ce qu'il y a de plus difficile, c'est de pratiquer cette désinfection des crachats. Pour y arriver, il faudrait interdire aux malades de projeter les crachats dans leurs mouchoirs, sur leurs vêtements ou sur le sol et exiger d'eux qu'ils le fassent exclusivement dans des crachoirs plus ou moins multipliés.

Ces crachoirs doivent être munis de sciure de bois, et, pour les humidifier, vous pourrez vous servir des mélanges suivants, recommandés par Vallin, quoique leur action destructive du bacille de la tuberculose ne soit pas également démontrée pour tous les mélanges :

Chlorure de zinc liquide à 45 degrés........	100 grammes.
Eau et glycérine........................	1 litre.

Chlorure de chaux........................	50 grammes.
Eau......................................	1 litre.

Acide phénique cristallisé................	5 grammes.
Eau......................................	900 —
Glycérine................................	100 —

Acide thymique cristallisé	2	grammes.
Alcool	50	—
Eau	900	—
Glycérine	50	—
Sulfate de cuivre cristallisé	50	—
Acide azotique	50	—
Eau	850	—
Glycérine	50	—

Puis, à la fin de la journée, on détruira plus complètement la virulence des crachats en jetant le contenu des crachoirs dans le feu, ce qui est le moyen le plus radical, soit en les mettant dans l'eau bouillante, soit en se servant de la vapeur sous pression, comme on en a fait récemment quelques tentatives dans les hôpitaux de Paris.

Le problème est encore plus difficile lorsqu'il s'agit de la désinfection des matières fécales, et nous abordons ici une des plus graves questions de l'hygiène prophylactique.

Jusqu'ici, la plupart des moyens conseillés pour la désinfection des matières fécales ont plutôt consisté en une désodorisation de ces matières qu'en une destruction de leurs germes morbides. C'est ainsi que la tourbe, la terre ont été successivement proposées; c'est surtout le sulfate de fer dont on se sert le plus souvent, et qui est surtout indiqué dans les arrêtés préfectoraux faits à cet égard. Le chiffre habituel est de 5 kilogrammes de sulfate de fer par mètre cube de matières à désinfecter. A Lyon, on a beaucoup vanté les huiles lourdes de houille, qui paraissent avoir une action microbicide beaucoup plus active.

Mais, encore ici, c'est la chaleur qui occupe le premier rang, et l'on peut, à l'aide de la vapeur sous pression, détruire absolument la virulence des matières fécales. J'ai pu voir à Saint-Pétersbourg, à l'hôpital-baraque Alexandre, un appareil fort ingénieux construit sur les indications du docteur Wassilieff, et dans lequel toutes les matières fécales peuvent subir, d'une manière continue, l'influence de la vapeur sous pression. Cet appareil a surtout été appliqué dans les cas de choléra ou dans les épidémies de fièvre typhoïde, et cela avec d'autant plus de raison qu'à Saint-Pétersbourg il n'existe pas d'égout et toutes les matières fécales vont se perdre dans le sol.

Mais cette application ne peut se faire que dans des cas absolument particuliers et ne peut se généraliser à une grande accumulation d'individus. On a donc cherché d'autres moyens, et, pour les grandes villes, on a proposé, pour obtenir la désinfection des matières fécales, soit de leur faire subir rapidement des transformations chimiques qui en font une source importante de sulfate d'ammoniaque ou bien de se servir du sol comme moyen de désinfection.

Je ne puis, messieurs, entrer ici dans cette grande question du « Tout à l'Egout » qui est, en ce moment, l'objet de discussions vives et passionnées; c'est un problème social et hygiénique qui demanderait bien des leçons pour être exposé complètement devant vous. Je ne dois vous faire ici connaître que les grandes lignes de ce projet.

Le système des vidanges peut être ramené à trois types principaux : dans l'un, les matières réunies en grande masse subissent l'action de l'air qui les dessèche et les transforme en poudrette livrée à l'agriculture; c'est le système des dépotoirs aujourd'hui condamné par tous les hygiénistes.

Un autre système consiste à transformer rapidement ces matières amenées dans des usines spéciales, où, par des modifications successives, on retire le principe actif sous forme de sulfate d'ammoniaque. Enfin, le troisième système consiste à conduire ces matières avec les eaux d'égout ou sans elles soit dans le sol pour y servir d'engrais, soit dans les rivières, soit à la mer. Les deux derniers systèmes doivent être abandonnés, car la présence de ces matières souille et contamine ces eaux et est une source de contagion et de propagation des maladies infectieuses. Voilà pour l'utilisation de ces matières fécales. Examinons comment on peut recueillir ces matières. Il y a trois procédés : celui des fosses fixes condamné par tout le monde, celui des tinettes ou fosses mobiles, et enfin celui du « tout à l'égout », y compris le système diviseur, qui n'est qu'un « tout à l'égout » dissimulé.

Le système des tinettes ne résout pas la question; il enlève les inconvénients de la fosse fixe, mais, une fois les matières enlevées, il faut ou les transformer chimiquement ou les détruire. A ce système, on pourrait joindre celui qui est maintenant très en vigueur dans certains quartiers de Paris, où les matières fécales sont attirées par l'aspiration des cabinets d'aisances dans les usines où elles doivent subir leurs modifications. Ce système, dit système Berlier, qui fonctionne dans le quartier de la Madeleine et à la caserne de la Pépinière, sur un réseau de 10 kilomètres d'étendue, paraît préférable; mais il est peu applicable à de grandes villes, et il ne pourra jamais être utilisé que dans des cas absolument exceptionnels. De plus, il ne résout nullement le problème, puisqu'il faut transformer les matières, ainsi recueillies, chimiquement. Un système très analogue à celui préconisé par Berlier est celui de Waring, installé à Paris depuis 1884. Dans ce système, les eaux ménagères et les matières fécales sont entraînées automatiquemeat par des masses d'eau qui les font cheminer dans des conduits en grés de Doultun. Reste maintenant la question du « tout à l'égout », qui peut se subdiviser en deux systèmes : dans l'un, les matières fécales sont menées dans le sol qui doit les désinfecter par des conduits spéciaux, c'est le système Grenier qui est appliqué à Bruxelles et à Amsterdam; dans l'autre, les matières cheminent avec les immondices dans les égouts sans canalisation spéciale, puis elles sont déversées sur des champs et utilisées par l'agriculture.

Les partisans du « tout à l'égout » ont invoqué, à l'appui de leur thèse, des raisons sérieuses ; d'abord, l'utilisation des matières fécales qui constituent un engrais d'une extrême richesse, la purification par le sol des eaux d'égout, purification absolument démontrée par l'analyse et surtout par la bactériologie, à condition, toutefois, que le sol soit perméable et qu'une culture intensive y soit faite, et à condition surtout que la quantité d'eau d'égout ainsi répandue sur le sol ne soit pas trop considérable par rapport à l'étendue du sol.

Les adversaires de ce système ont soutenu que rien ne prouvait que la terre débarrassait absolument les eaux d'égout de leurs microbes pathogènes, et que les légumes ou autres produits du sol cultivés sur ces terrains irrigués par les eaux d'égout ne fussent pas contaminés par ces microbes et en particulier par ceux de la fièvre typhoïde. Ils ont aussi invoqué l'encrassement du sol ou plutôt du filtre, surtout quand on songe qu'indéfiniment ces terrains recevront ainsi les eaux d'égout; enfin, de part et d'autre, on a invoqué des statistiques pour prouver que les individus qui habitaient

ces terrains ainsi irrigués étaient plus ou moins sujets aux maladies infectieuses.

Aujourd'hui, la qestion n'est pas résolue, et cependant il faut reconnaître que les partisans du « tout à l'égout » paraissent triompher et cela surtout pour les raisons suivantes : parce qu'un certain nombre de grandes villes ont adopté ce système et en tirent de réels bénéfices, et, à cet égard, on peut citer particulièrement la ville de Berlin, où l'hygiène publique est le plus en honneur; je crois même qu'aujourd'hui l'accord serait unanime, si, par l'étendue de la canalisation de ces eaux d'égout on restreignait considérablement la quantité de ces eaux qui doivent être répandues sur le sol par hectare et par are, car les adversaires du « tout à l'égout », en adoptant le canal à la mer, veulent que, sur toute la longueur de ce canal, des prises de ses eaux puissent être faites pour les besoins de l'agriculture. Aujourd'hui, les essais faits dans la plaine de Gennevilliers et qui vont être entrepris sur le terrain d'Achères donnent un chiffre de 45,000 mètres cubes par hectare. On comprend que, sur un canal d'une étendue beaucoup plus grande, cette quantité soit considérablement abaissée. En tous cas, il faut, pour que le système du « tout à l'égout » donne toutes les garanties que l'hygiène réclame d'un pareil système, qu'il remplisse les conditions suivantes : que les égouts aient une pente suffisante pour l'écoulement rapide des eaux; que leurs parois soient absolument étanches, pour s'opposer à l'infiltration du sol; que la quantité des eaux qui parcourent ces égouts et les cabinets d'aisances soit calculée de manière à donner par jour et par habitant 10 litres; qu'enfin les champs où ces eaux seront répandues soient très perméables, cultivés d'une façon intensive, et que la quantité versée par hectare ne dépasse pas un chiffre donné qu'on peut fixer à 40,000 mètres cubes par hectare.

Cette leçon est déjà bien longue; je n'ai pu qu'esquisser cette grave question du « tout à l'égout ». Ceux qui voudraient l'étudier dans son ensemble pourront consulter un beau rapport de Bourneville présenté à la Chambre sur cette question et l'ouvrage si intéressant que Rochard a fait paraître sur l'hygiène sociale (1). Mais ce n'est pas tout d'avoir prévenu, par différents moyens de désinfection, la propagation de la maladie, il faut encore que l'individu contaminé soit isolé, et c'est cette seconde face de cette question d'hygiène prophylactique que je me propose d'aborder dans la prochaine conférence.

BIBLIOTHÈQUE

LA FOLIE ÉROTIQUE, par le professeur B. BALL. — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Ce volume est consacré à la description de l'aliénation mentale génitale.

Le professeur reconnaît trois grandes classes de folie érotique :

La première est l'érotomanie, ou folie de l'amour chaste;

La deuxième, l'excitation sexuelle, comprend cinq divisions : formes hallucinatoire; aphrodisiaque; obscène; nymphomanie; satyriasis;

La troisième, perversion sexuelle, renferme les sanguinaires, les nécrophiles, les pédérastes et les intervertis.

Ce volume offre les qualités d'exposition et de style qui rendent si agréable la lecture des ouvrages de M. le professeur Ball. Mais peut-être la disposition typographique du titre tire-t-elle trop l'œil pour un volume destiné sans doute, dans l'esprit de son auteur, aux seuls médecins. — P. C.

(1) J. Rochard, *Traité d'hygiène sociale.* Paris, 1888.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, par le docteur NETTER. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888, 10.) — L'otite moyenne aiguë n'est pas une malade unique, toujours due au même micro-organisme. Il y a plusieurs espèces d'otites ayant chacune un microbe particulier. Chacune de ces espèces présente des caractères spéciaux tenant aux propriétés des microbes qui leur ont donné naissance.

Il y a quatre espèces différentes d'otites moyennes aiguës. Le streptococcus pyogenes est l'agent pathogène le plus fréquemment en cause. Il se présente sous l'aspect de chapelets de grains ronds plus ou moins longs et flexueux. Il faut, pour le caractériser, récourir aux cultures et aux inoculations. Des bacilles étrangers peuvent s'ajouter et donner une odeur fétide ou liquide.

Dans les 9 observations de Netter, deux fois l'otite était survenue dans le cours d'une santé satisfaisante précédée seulement d'angine et de coryza : une fois elle était survenue chez un tuberculeux; quatre fois elle compliquait une fièvre typhoïde; deux fois elle était consécutive à la rougeole. L'otite à streptocoques est souvent bilatérale.

Dans 5 cas, l'otite fut suivie de complications évidemment sous la dépendance du streptocoque; les complications furent : abcès superficiel de la région mastoïdienne, suppuration des cellules de l'apophyse, méningite suppurée, phlébite des sinus et infection purulente. Ces complications ne sont pas obligées, mais elles sont toujours possibles.

Le pneumocoque de Frænkel peut déterminer une otite moyenne aiguë; il en existe 4 observations irréfutables. Elle peut apparaître en dehors de la pneumonie (Zanfal, Netter) et peut compliquer la fièvre typhoïde. Le liquide sécrété dans l'otite à pneumocoques participe de la propriété fibrinogène du microbe pneumonique, il est généralement unique et d'aspect moins franchement purulent que la sécrétion de l'otite à streptocoques. La marche est rapide et la perforation complète; la guérison est la terminaison habituelle, cependant on pourrait observer des méningites. Netter a rencontré le staphylococcus aureus en même temps que le pneumocoque.

Il paraît bien prouvé que le microbe de Friedlander n'est pas le microbe pathogène de la pneumonie au moins dans l'immense majorité des cas. Zanfal est le seul observateur qui, jusqu'ici, l'ait constaté dans 1 cas d'otite.

Netter a rencontré quatre fois le staphylococcus aureus dans l'écoulement purulent de l'otite moyenne; dans tous ces cas, il n'existait pas à l'état isolé et ne paraissait dans l'exsudat qu'à une date relativement éloignée du début de l'otite. Frænkel et Simmonds ont eu deux otites à staphylococcus flavus, et Rohrer a constaté l'existence du staphylococcus pyogenes albus.

L'otite moyenne est due dans toutes ces formes à l'arrivée dans l'oreille moyenne des organismes parasitaires qui y ont été trouvés à l'état isolé. Ils peuvent pénétrer par la trompe d'Eustache, s'arrêter dans les capillaires du rocher alors qu'ils ont pénétré dans le sang en un point variable de son circuit; ils peuvent encore venir de la cavité crânienne au moyen du lac lymphatique qui s'engage autour des nerfs facial et auditif à leur entrée dans le conduit auditif interne.

Très habituellement, dans les otites primitives, il y a participation du pharynx et des fosses nasales, et la cicatrisation peut aussi être invoquée en faveur de leur origine pharyngée.

Tous les agents parasitaires qui ont été trouvés dans l'otite moyenne existent dans la bouche des sujets sains (Netter, Frænkel). Il faut, pour amener l'inflammation de l'oreille, qu'ils soient présents en quantité suffisante, que leur virulence soit assez forte. Enfin, il faut encore tenir compte de la résistance de l'organe et de l'organisme.

Très rarement, on peut invoquer l'arrivée de microbes par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Les microbes dangereux siégeant dans la bouche et le nez, il faut s'efforcer d'en diminuer le nombre et l'activité par des soins de propreté, des gargarismes antiseptiques. — P. C.

Etude sur les blépharoptoses pédonculaires et protubérantielles isolées ou combinées avec des paralysies partielles du moteur oculaire commun, par M. J. Audry. (*Lyon médical*, 1888, 41, 42, 44). — Voici les principales conclusions de ce travail.

Une blépharoptose, isolée ou combinée avec des paralysies partielles des muscles innervés par le moteur oculaire commun, peut se rencontrer au cours des affections pédonculaires, protubérantielles, pédiculo-protubérantielles. Elle peut être le point de départ d'une variété de paralysie alterne et siège du côté de la lésion.

S'agit-il des pédoncules, cette blépharoptose paraît être, dans certains cas, le résultat d'une lésion nucléaire (blépharoptose oculaire; elle succède quelquefois à l'altération des radicules qui donnent naissance au rameau nerveux du releveur (blépharoptose radiculaire). Le ptoris pédonculaire absolument isolé est rare, si tant est qu'il existe.

Les fibres destinées au relèvement passent par le groupe externe des radicules de la troisième paire.

La blépharoptose protubérantielle est habituellement isolée; elle coïncide souvent avec la paralysie du moteur oculaire externe et celle du facial, cette dernière ayant ordinairement le type périphérique. Cette chute de la paupière ne s'observe pas seulement dans les affections qui sont limitées aux régions les plus antérieures de la protubérance, mais dans celles qui se trouvent au voisinage de l'éminentia teres.

Le noyau du releveur de la paupière est le plus postérieur de ceux qui donnent naissance aux branches du moteur oculaire commun. — P. N.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (PREMIER SEMESTRE 1888) (1).

12 mars 1888. — M. Bouchacourt fait une communication sur l'*histoire de la symphyséotomie*. Cet historique fait partie d'un article du *Dictionnaire encyclopédique*.

19 mars. — M. Vincent fait une communication sur les *corps mobiles ou flottants des articulations*. Il cite l'observation d'une petite fille qui se fit une plaie du genou par sa chute sur un vase brisé. L'enfant, après guérison, revint avec l'articulation gonflée et douloureuse, et on y trouva un corps mobile. Ce dernier, après ouverture, fut reconnu être non pas un fragment du vase, comme on l'avait pensé, mais un morceau de cartilage de la grosseur d'une noisette provenant du condyle externe du fémur. Ce fragment était retenu par une bride.

— M. Vincent s'occupe ensuite des *injections utérines sublimées chaudes* dans les retards et les accidents de la délivrance. Les injections doivent être employées comme moyen d'accélérer la délivrance quand elle tarde, de l'achever quand elle est incomplète et qu'il reste des débris de membranes ou de cotylédons placentaires, comme moyen de réveiller ou d'exciter la contractilité utérine quand elle fait défaut ou est insuffisante. Par ces applications nouvelles des injections chaudes aseptiques, M. Vincent a ainsi supprimé systématiquement, rigoureusement une des causes les plus fréquentes et les plus sérieuses de contagion septicémique, l'introduction de la main plus ou moins impure dans l'utérus. Il doit à l'injection de ne plus avoir à la Maternité ni spasme du corps partiel ou total, et, par suite, ni enkystement, ni enchatonnement du placenta, avec les hémorrhagies qui en sont la conséquence; ni délivrance retardée, très rarement tout au moins; ni inertie utérine grave et, par suite, ni hémorrhagie interne ou externe par inertie après le travail; ni inversion utérine puisque, à la faveur de l'injection chaude intra-utérine qui maintient la tonicité de l'organe, on peut attendre le décollement naturel du placenta.

Les injections doivent être abondantes chaque fois que l'arrière-faix n'est pas complet; chaque fois que les eaux sont boueuses, fétides; chaque fois que l'on a lieu d'avoir

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er et 6 novembre 1888.

des doutes sur les précautions antiseptiques prises à l'égard des femmes dont l'accouchement s'est fait en dehors des salles; chaque fois qu'une manœuvre obstétricale a nécessité l'introduction d'un instrument ou de la main dans la cavité utérine.

Les injections ont fait disparaître tous les accidents puerpéraux, et M. Vincent n'a été forcé que trois fois en quatre ans, c'est-à-dire sur quatre à cinq mille accouchements, de pratiquer la délivrance artificielle.

Quelles que soient les causes du retard de la délivrance, deux situations bien distinctes peuvent se présenter. La délivrance ne se fait pas; il y a ou il n'y a pas d'hémorrhagie. S'il n'y a pas de perte de sang, attendre, tirer modérément au bout de quinze à vingt minutes, et surtout ne pas employer la méthode de Crédé, car elle est dangereuse et on peut attendre jusqu'à trente-six heures sans inconvénients. On fera simplement des injections chaudes en portant la canule dans la cavité cervicale. On peut se borner à cette pratique lorsque la délivrance est seulement en retard et qu'il n'y a pas d'hémorrhagie.

Mais, s'il y a hémorrhagie, et si l'hémorrhagie est grave, il n'y a pas de doute qu'il faut, avec une main et son bras propres, tout ruisselant de sublimé, faire la délivrance artificielle. Du reste, quand on fait des injections chaudes vaginales pendant le travail et des injections intra-cervicales après l'expulsion du fœtus, on ne voit pas d'hémorrhagies graves à la délivrance.

Dans le cas d'hémorrhagie modérée, avant on emploie l'injection intra-utérine à 50°. Pendant qu'on comprime l'aorte, M. Vincent fait passer 4 à 6 litres d'eau chaude à travers l'utérus; le placenta se détache alors, et une traction sur le cordon, combinée avec une pression hypogastrique à plat effaçant l'antécourbure, l'amène facilement au dehors.

M. Vincent a fait construire, pour les injections intra-utérines, une longue canule à béquille en verre qu'il laisse dans le sublimé dans l'intervalle des moments où l'on s'en sert. Quand on se propose de faire une injection chaude dans le but de provoquer la délivrance du placenta, on introduit une grande sonde droite en suivant la paroi inférieure du vagin et en l'inclinant en bas suivant l'axe du bassin. Elle entre seule, sans effort, il n'est pas nécessaire que son extrémité soit insinuée entre la portion décollée du placenta et la paroi utérine. On s'exposerait à perforer l'utérus si on employait une certaine force, à ne pas faire d'injections si le bec se perdait dans la pulpe placentaire. Il faut passer en dehors du placenta et faire l'injection dans la cavité libre. L'objection relative à la rétention du liquide injecté, à sa pénétration par les trompes, à sa résorption par l'utérus, n'a pas grande valeur. A la rigueur, on peut admettre qu'avec une sonde courbe il puisse se former un barrage par la chute de la paroi antérieure flasque du canal cervico-utérin et par le fait de la stagnation de caillots.

La sonde droite, en prenant point d'appui sur la paroi postérieure du corps de l'utérus et sur la fourchette, relève forcément la paroi antérieure du canal cervico-utérin et laisse en arrière un très grand espace par lequel le retour du liquide est assuré. Du reste, il utile de faire suivre l'injection sublimée d'un injectiou phéniquée pour prévenir toute cause d'intoxication. M. Vincent n'a jamais vu d'intoxication.

On évite encore le danger de la pénétration de l'air dans les tissus veineux en ayant soin de n'introduire la sonde que lorsque l'eau y coule sans bulles d'air. Du reste, cette crainte est très chimérique avec une cavité ouverte comme l'est l'utérus après l'accouchement.

M. Vincent reconnaît, en terminant sa communication, qu'un médecin dans la pratique civile peut avoir des motifs sérieux d'être plus agissant qu'il ne le conseille, il y a des circonstances de temps et de milieu qui commandent les dérogations à l'expectation, même armée de l'outillage de l'irrigation. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie.

M. Polaillon rappelle que, en 1882, il a dit que l'hystérectomie vaginale était trop

grave et ses résultats trop incertains pour que l'on puisse la recommander à la place de l'amputation partielle lors du cancer limité au col.

Actuellement, il n'a pas changé d'opinion.

Sur 6 hystérectomies vaginales, il a eu 2 morts et 4 succès opératoires. Pour ces derniers, la récidive a toujours été rapide, et comme la mortalité est de 33 p. 100, il ne croit pas que, dût cette dernière diminuer dans l'avenir, l'opération puisse jamais être aussi bénigne que l'amputation du col.

L'amputation du col a donné de bien meilleurs résultats à M. Terrillon. Il relève, en effet, 9 guérisons radicales, 9 grandes améliorations, 1 mort par le chloroforme et 1 opération impuissante. Sur les 9 guérisons, il a actuellement 3 récidives après douze et quatorze mois, deux ans et quatre mois. Les 6 autres malades guéries ont été perdues de vue.

2 amputations en ville, faites en 1881 et 1883, lui ont donné 2 guérisons. L'opération doit être faite avec le serre-nœud galvanique, puis, sur la surface de section, on enfonce des flèches de chlorure de zinc, s'il y a des points indurés. L'opération, pour avoir des chances de succès, doit être pratiquée de bonne heure.

M. Tillaux ne regarde pas l'hystérectomie vaginale, malgré ses avantages, comme devant être employée dans tous les cas de cancer de l'utérus. Trois sortes d'opérations peuvent être dirigées contre les tumeurs malignes du col.

On peut ne faire qu'une intervention palliative lorsque, par exemple, un gros champignon proémine dans le vagin et est l'origine d'hémorrhagies et de sécrétions abondantes.

Quand on se propose de tenter de guérir, il faut choisir entre la résection cunéiforme du col et l'hystérectomie totale. La récidive ne survient pas plus rapidement après la première qui doit être choisie à la première période de l'évolution du cancer. A la fin, l'ablation de tout l'utérus est seule à employer.

M. Bouilly a combattu les opérations partielles appliquées au cancer de la matrice, et il a comparé ce dernier au cancer du rein et à celui de la langue. Cependant, il ne viendra à aucun chirurgien l'idée d'amputer la verge à sa racine pour un épithélioma du gland ni même la langue à sa base pour un cancer de la pointe.

L'ablation totale de l'utérus, si perfectionnée qu'elle soit, fera toujours courir plus de dangers à la malade que l'amputation partielle. Du reste, les deux opérations ne sont pas comparables, car elles sont pratiquées dans des circonstances très dissemblables.

M. Marchand a pratiqué, depuis 1878 jusqu'en 1884, 12 amputations partielles du col pour cancer; il a employé quatre fois l'écraseur linéaire et huit fois l'anse galvanocaustique. Depuis 1884, il a fait dix fois l'amputation supra-vaginale avec le bistouri. Par l'anse galvanique, il a eu 1 cas de mort et 7 succès opératoires parmi lesquels il faut signaler deux accidents : une fistule vésico-vaginale et une pelvi-péritonite suppurée. Une de ses premières malades est guérie depuis sept ans sans récidive actuelle.

En somme, on a les résultats suivants pour les 12 premières opérations : 1 mort par ouverture du cul-de-sac de Douglas; 1 malade perdue de vue; 2 guéries encore aujourd'hui après sept ans et cinq ans; 2 survies sans récidives pendant dix-huit mois et douze mois; trois mortes de récidive après dix-huit, quinze, quatorze mois; 3 mortes après douze, huit et quatre mois.

Les 6 opérées par le bistouri se répartissent de la manière suivante : 1 mort rapide par péritonite généralisée; 1 mort après onze mois pour récidive dans les ligaments larges; 1 de généralisation après trente mois; 2 malades ont été perdues de vue, et la dernière, depuis trois ans qu'elle est opérée, ne présente pas de récidive.

M. Marchand a fait 7 hystérectomies vaginales pour des cancers à la dernière période ; elles lui ont donné 4 décès par pelvi péritonite, péritonite et choc opératoire et 3 guérisons opératoires. Des 3 femmes guéries, 1 seule vit encore, les 2 autres sont mortes de récidive et d'étranglement interne. Dans 3 cas, il a eu des accidents opératoires : ouverture de la vessie, fistule recto-vaginale, hémorrhagie.

On doit actuellement admettre que l'hystérectomie vaginale donne une mortalité double de celle de l'amputation partielle. La récidive suit facilement l'extirpation totale

parce qu'elle a lieu dans le tissu cellulaire péri-utérin que l'on ne peut enlever. Enfin, comme le cancer du col est généralement indépendant de celui du corps, la récidive n'a pas de tendance à se faire, quand l'ablation est suffisamment large, dans le reste de l'organe.

M. Richelot fait une communication qui sera publiée.

M. Reynier fait remarquer que les statistiques ne permettent pas d'établir que l'amputation partielle doit être préférée à l'ablation totale. La seconde est seule capable de guérir la maladie. M. Reynier a fait des amputations du col et la récidive est survenue avant la guérison de la plaie opératoire, tandis que deux malades auxquelles il a enlevé l'utérus ont pu quitter l'hôpital.

M. Routier a pratiqué sept fois l'hystérectomie vaginale. Depuis le Congrès de chirurgie de 1888, il a fait quatre fois l'opération. Il a eu un cas de mort après quelques mois par carcinose généralisée, les trois autres opérées n'ont pas de récidives encore aujourd'hui, la plus longue survie étant de treize mois.

— M. Terrillon présente un malade auquel il a dû réséquer deux fois le maxillaire inférieur pour un sarcome. Une rétraction cicatricielle empêchant le fonctionnement de la mâchoire a nécessité une opération complémentaire. — P. C.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma. — Wiss.

Résorcine	de 1 à 2 grammes.
Vaseline jaune	20 —

Mêlez. — Cette pommade s'emploie contre l'eczéma des mains, pour calmer la démangeaison et remédier à l'infiltration de la peau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Scandales a l'hôpital général de Vienne. — La discussion du budget au Parlement autrichien a occasionné des débats assez animés au sujet de l'hôpital général de Vienne. Les divers orateurs ont réclamé des améliorations qui, en résumé, visent les trois points suivants : 1° Amélioration de l'alimentation avec agrandissement des cuisines ; 2° amélioration du personnel des infirmiers et surveillants ; transfert de la maternité en dehors de l'hôpital général.

Au sujet spécial de l'amélioration du personnel, le Père Eichhorn, curé de Floridsdorf et député de la circonscription de Zwettl, a soulevé la question du remplacement des laïques par des religieuses. L'orateur reproche aux surveillantes laïques d'être corruptibles, de rechercher les pourboires et de s'adonner à la « pure bestialité ». Les indications qu'il donne sur l'état moral de l'Hôpital général semblent être une description complète et exacte des mœurs de Sodome et de Gomorrhe.

La *Wiener mediz. Wochenschrift* s'indigne de ces critiques injustes et passionnées, elle demande où le saint homme (der fromme Mann) a pris ses renseignements. S'il s'était adressé aux aumôniers de l'hôpital, il aurait appris que les surveillantes s'acquittaient fidèlement de leurs fonctions. Et puisque personne n'a relevé ses paroles à la Chambre, il est bon que les médecins prennent la défense de leur personnel. En Angleterre, ajoute le journal, on a condamné pour immoralité le traducteur d'un roman de Zola, « il est regrettable que le Père Eichhorn, en plein Parlement, ait cru devoir prendre un ton qui dépasse de beaucoup en grossièreté toutes les œuvres de Zola. »

L'émotion semble très grande dans le monde médical.

Comme les accusations visant la moralité des surveillantes contiennent une accusa-

tion analogue à l'égard des médecins, qui auraient « un commerce trop intime avec elles », il y a eu une réunion des assistants, médecins secondaires et aspirants, dans l'amphithéâtre d'anatomie pathologique. On a nommé une commission chargée de rédiger une protestation que l'on ferait signer par les chefs de service et que l'on adresserait au président de la Chambre des députés et aux journaux politiques.

Dans la protestation, on met en demeure le Père Eichhorn de faire la preuve de ses allégations, à défaut de quoi on le tiendra pour un calomniateur (Verleumder). Tous les médecins de l'hôpital général ont signé la protestation et le directeur a été chargé de la remettre au président de la Chambre.

COURRIER

Bourse aux internes des services d'aliénés. — Lundi dernier s'est ouvert le concours pour la bourse de 2,000 francs accordée aux internes des services d'aliénés des asiles du département de la Seine, ainsi qu'aux internes de la Salpêtrière et de Bicêtre.

Malgré l'importance de ce prix, aucun interne des hôpitaux de Paris ne s'était présenté. Quatre internes des asiles ont pris part à ce concours.

La question sortie était : « Anatomie et physiologie du facial ; paralysie faciale ».

Les autres questions étaient : « Rapport et fonction du rein ; encéphalopathie urémique. — Description des circonvolutions du lobe frontal, anatomie et physiologie ; diagnostic différentiel de la méningite et de la fièvre typhoïde ».

Délivrance des médicaments a la clinique des Quinze-Vingts. — A partir du 1er janvier 1889, la pharmacie de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, sera supprimée, du moins les médicaments prescrits continueront à être délivrés gratuitement aux indigents reconnus, mais il n'y aura plus aucun commerce de médicaments.

— M. le docteur Augagneur a été élu conseiller municipal de la ville de Lyon.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'apprendre le décès d'un de nos plus honorables praticiens, le docteur Antoine Benoît Vonnet, décédé à Neuville, le 28 septembre dernier, dans sa 66e année.

Maladie des voies urinaires. — Le docteur J. A. Fort, ex-interne des hôpitaux, ancien professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique, commencera sa clinique des maladies des voies urinaires, le 15 novembre 1888, à neuf heures, rue Dauphine, 16. Des consultations gratuites seront données tous les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures à onze heures, à partir du 15 novembre.

— Le docteur Galezowski commencera un cours public sur les maladies des yeux, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), aujourd'hui mardi 13 novembre 1888, à huit heures du soir, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Ce cours comprendra une étude sur la syphilis oculaire et ses conséquences.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 16 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite à frigore,

Par le docteur E. Neumann.

Au mois de juillet 1887, nous avons publié, dans les *Archives de neurologie*, un mémoire consacré à l'*Etude des conditions étiologiques de la paralysie faciale*. Laissant de côté les hémiplégies de la face provoquées par une hémorrhagie ou par un ramollissement du cerveau, les paralysies de la septième paire placées sous la dépendance de la syphilis cérébrale, celles qui peuvent être occasionnées par un traumatisme ou par une carie du rocher, en un mot toutes les paralysies se rattachant à une lésion bien déterminée, nous n'avons visé que les hémiplégies de la septième paire, dites périphériques, appelées aussi *a frigore* ou rhumatismales, et nous avons cherché à démontrer, en restant exclusivement sur le terrain de la clinique, que, dans toutes ces paralysies faciales, connues autrefois sous le nom d'idiopathiques, la part étiologique prépondérante revenait toujours à la prédisposition nerveuse héréditaire.

Les 17 cas rapportés dans notre travail nous avaient paru suffisamment démonstratifs pour entraîner notre conviction et légitimer notre manière de voir; néanmoins, nous ne croyons pas devoir passer sous silence les observations nouvelles que nous avons pu recueillir; loin d'infirmer nos premières conclusions, ces faits nouveaux viennent, au contraire, les corroborer de tous points et prouver que la théorie du froid, qui n'a pour elle que l'ancienneté et la tradition, est en contradiction flagrante avec l'observation clinique. Si cette doctrine, qui consiste à mettre au premier plan le froid ou toute autre cause occasionnelle, a jusqu'à présent régné sans partage, cela tient à ce que l'action des circonstances extérieures, et celle du froid en particulier, sont, en apparence, chez un certain nombre de sujets, les seules influences étiologiques saisissables. Mais une analyse rigoureuse des faits et surtout une étude attentive, portant sur les antécédents des malades, sur leurs antécédents de famille, nous apprennent que toutes les causes habituellement invoquées pour expliquer l'origine de la paralysie faciale, sont purement secondaires et qu'elles se trouvent entièrement subordonnées à ce facteur puissant qui s'appelle l'hérédité nerveuse.

Si, au lieu d'établir l'étiologie de la paralysie faciale avec des hypothèses banales, on veut la faire avec des réalités, ce n'est pas dans les influences extérieures, mais dans le sujet lui-même, dans sa famille qu'il faut chercher la source du mal. Ces enquêtes sur l'hérédité, il faut bien le dire, ne sont pas faciles. A l'hôpital, on est en présence d'individus igno-

rant très souvent les tares physiques qui ont pu entacher leur famille et incapables de donner aucune indication précise. Il importe alors de s'enquérir avec soin des antécédents personnels du sujet et de s'attacher aux moindres faits de son existence. Presque toujours, on est en présence de névropathes qui, antérieurement à leur hémiplégie de la face, avaient eu d'autres accidents nerveux, tels que des tics, des convulsions, des névralgies, des migraines, etc. En ville, on se heurte à une autre difficulté : c'est la discrétion voulue des malades qui s'efforcent de dissimuler au médecin les affections nerveuses et surtout les affections vésaniques qui ont pu frapper certains membres de leur famille. Mais si, au lieu de se contenter d'un seul examen et de s'en tenir à un premier interrogatoire qui ne donnent en général que des résultats négatifs, on se livre à des enquêtes et à des investigations répétées, on arrive à recueillir des renseignements précieux et à obtenir des confidences qui éclairent d'un jour nouveau l'origine de la maladie. Le dossier des antécédents de chaque sujet se complète peu à peu et le dépouillement des observations apprend au médecin qu'il y a dans la famille des hystériques, des choréiques, des épileptiques, des individus atteints de paralysie générale ou d'aliénation mentale sous une forme quelconque, etc. Et alors cette paralysie faciale qui apparaissait, au premier abord, comme un accident imputable au froid, à une émotion ou à tout autre facteur banal, n'est plus qu'un épisode nerveux en parfaite connexion avec le passé du sujet et intimement lié aux maladies de ses ascendants et de ses collatéraux.

Telles sont les déductions auxquelles nous avait conduit l'étude des faits relatés dans notre premier mémoire, tels sont aussi les enseignements qui se dégagent pour nous des documents cliniques dont l'exposé va suivre.

Observation I. — L... (Catherine), 48 ans, blanchisseuse, se présente au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 12 juillet 1887, avec une *paralysie faciale du côté droit.*

Pas de renseignements au point de vue des antécédents de famille.

Antécédents personnels : Bien réglée depuis l'âge de 14 ans; n'a jamais eu d'enfant; à l'âge de 20 ans, *sciatique* du côté droit, qui a persisté pendant cinq mois environ. Cette malade, *très impressionnable*, nous dit qu'elle souffre habituellement de *maux de tête;* depuis trois ans environ, elle a des *douleurs névralgiques* occupant le côté gauche *de la face* et revenant fréquemment, mais à des périodes irrégulières; ces douleurs ont disparu complètement depuis deux mois. Il y a quinze jours, le 27 juin, elle a été prise sans cause connue d'une paralysie faciale occupant le côté droit. L'hémiplégie porte sur toute les branches du facial droit. Il résulte de l'exploration électrique que les réactions faradiques sont légèrement diminuées. Pas d'altérations soit qualitatives, soit quantitatives de la contraction galvanique.

Obs. II. — G... (Louise), couturière, âgée de 30 ans, vient nous consulter le 5 octobre 1887. Pas de renseignements précis sur les antécédents de famille.

Antécédents personnels : Rougeole et coqueluche dans la première enfance. Réglée à 15 ans, Louise G... *a toujours été très nerveuse* depuis l'époque de la menstruation; *tendance facile au rire et aux larmes;* n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de perte de connaissance; *migraines fréquentes.* Mariée depuis dix ans, *elle a eu deux enfants dont l'aîné,* âgée de 12 ans, *a actuellement la chorée; l'autre enfant,* âgé de 5 ans, *a déjà eu plusieurs fois des convulsions.*

Il y a deux mois environ, elle a été prise brusquement, sans cause connue pour elle, d'une *paralysie faciale* occupant le côté *gauche* de la face. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; à l'exploration électrique, on ne constate qu'une légère diminution de la contractilité faradique.

Dans les deux observations qui précèdent, nos recherches sur les antécédents n'ont pas abouti à des résultats très précis, et la question de l'hérédité nerveuse est restée en suspens, mais, malgré les lacunes qu'elle présente, l'histoire de ces deux malades n'en est pas moins probante et instructive. Les névralgies faciales dont la malade de la première observation a souffert à diverses reprises, la sciatique dont elle a été atteinte, sa vive impressionnabilité ne laissent aucun doute sur la susceptibilité native de son système nerveux. La paralysie faciale n'a pas été, chez elle, un accident isolé, c'est un trouble nerveux de plus à ajouter à ceux qui l'avaient précédée et qui constituent sinon des preuves absolues, du moins de fortes présomptions en faveur de l'existence d'une tare familiale.

Dans la deuxième observation, le terrain nerveux apparaît plus manifestement encore; les antécédents personnels suffiraient d'une part à prouver qu'il s'agit d'une névropathe; d'autre part, si l'enquête a été négative en ce qui concerne les ascendants et les collatéraux, les accidents nerveux dont ont été frappés les deux enfants de la malade (le mari de celle-ci n'étant ni nerveux, ni issu de souche névropathique) sont là pour attester l'existence de la diathèse nerveuse chez la mère.

Dans tous les faits dont la relation va suivre les indications sur les antécédents de famille sont nettes et concluantes, et les preuves abondent en faveur de la prédisposition nerveuse héréditaire.

Obs. III. — F... (Pauline), sans profession, 41 ans, se présente à l'hospice de la Salpêtrière le 9 juin 1887. Elle a une *paralysie faciale du côté gauche* qui date du 25 août 1885, soit depuis deux ans environ.

Antécédents de famille : Père bien portante, *mère très nerveuse*. Un *oncle* maternel est *épileptique*, une *sœur* de la malade est *morte de méningite* à l'âge de 5 ans.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. *F... est très nerveuse*; elle a souvent des *étouffements* (*boule hystérique*), *rêves et cauchemars, insomnies fréquentes*. Mariée depuis dix-huit ans, la malade n'a eu qu'un *enfant*, qui est *mort de méningite* à 3 ans.

F... croit avoir pris froid la veille du jour où elle a été paralysée; elle ne sait toutefois, ajoute-t-elle, si c'est à un refrodissement ou aux contrariétés vives qu'elle a éprouvées à ce moment-là qu'elle doit rapporter l'hémiplégie faciale.

L'exploration électrique nous apprend qne les muscles innervés par le facial inférieur gauche, quoique paralysés, fonctionnent à peu près normalement (légère diminution de l'excitabilité faradique); il n'en est pas de même pour les muscles placés sous la dépendance du facial supérieur et en particulier pour l'orbiculaire des paupières, qui est manifestement contracturé.

Obs. IV. — D... (Jeanne), 42 ans, employée dans une manufacture, se présente au service d'électrothérapie, le 2 juin 1887, avec une *paralysie faciale du côté gauche.*

Antécédents héréditaires : Père mort à 59 ans *à la suite d'une attaque d'apoplexie; mère très nerveuse,* âgée aujourd'hui de 70 ans, a été *enfermée pendant quelque temps dans un asile pour aliénation mentale.* Un *oncle* maternel *mort aliéné, deux sœurs* de la malade *mortes à la suite de maladies nerveuses* (?).

Antécédents personnels : Convulsions dans l'enfance. D... a eu, à plusieurs reprises, des poussées d'eczéma à la face; elle affirme n'avoir jamais eu d'attaques convulsives, mais elle avoue qu'elle est *très nerveuse*; elle se plaint surtout d'*étouffements* et d'une *sensation de constriction à la gorge.* Les régions ovariennes sont un peu sensibles sans être, à vrai dire, douloureuses; pas d'anesthésie.

L'hémiplégie faciale date du mois d'octobre dernier; la malade ne s'est pas exposeé au froid et ne sait à quelle cause elle doit rapporter la paralysie. L'impotence fonctionnelle porte sur tous les muscles innervés par le facial gauche, à l'exception de l'orbiculaire des paupières qui, loin d'être paralysé, est, au contraire, contracturé. La con-

tractilité faradique est diminuée dans tous les muscles du côté gauche de la face; contractilité galvanique normale.

Obs. V. — S... (Françoise), 55 ans, cuisinière, vient au service d'électrothérapie le 21 juin 1887; elle est *paralysée du côté gauche de la face.*

Antécédents de famille : Père mort depuis dix ans à la suite *d'une maladie nerveuse* (?). *Sa mère, qui souffrait habituellement de migraines et de névralgie, est morte,* il y a huit ans, après être restée *hémiplégique* du côté droit pendant trois ans. *Grand'mère maternelle morte aliénée. Un frère* de S... est *paralysé* depuis son enfance.

Antécédents personnels : Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Depuis l'âge de 20 ans, *migraines* revenant une ou deux fois par mois. Il y a quelques années la malade a eu, à diverses reprises, des *attaques convulsives avec perte de connaissance.* Ces crises convulsives ne se sont pas renouvelées depuis deux ans environ; mais S... est toujours restée *très nerveuse et très impressionnable.* La paralysie date de deux mois environ; elle est survenue brusquement sans raison apparente pour le malade. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; réaction de dégénérescence très nette dans les muscles frappés de paralysie.

Obs. VI. — C... (Louis-François), employé de commerce, 34 ans, vient au service d'électrothérapie le 21 juin 1887; il est atteint d'une *paralysie faciale droite.*

Antécédents de famille : Père a eu il y a trois ans une *hémiplégie du côté gauche* dont il est aujourd'hui incomplètement guéri; un *oncle* paternel est *aliéné; un autre oncle* du côté du père *souffre* habituellement de *névralgie de la face.* La mère est bien portante. C... a deux sœurs qui jouissent également d'une bonne santé.

Antécédents personnels : Le malade n'a jamais eu aucun accident nerveux; interrogé sur les causes de sa paralysie, C... nous dit qu'il ne sait à quoi l'attribuer; il n'a pas pris froid et l'hémiplégie, d'après lui, est survenue spontanément il y a deux mois.

L'examen électrique pratiqué par M. le docteur Vigouroux, chef du service d'électrothérapie, révèle l'existence de la réaction de dégénérescence dans tous les [muscles innervés par le facial droit.

Obs. VII. — B... (Désiré), 40 ans, marchande de vins, vient au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 12 juillet 1887.

Antécédents héréditaires : Père mort, il y a dix ans, à l'âge de 60 ans à la suite d'une maladie de cœur. *Mère épileptique* morte il y a neuf ans; *un frère* de la malade *est choréique; un autre frère est épileptique.* B... a une *sœur* qui est *atteinte d'une maladie nerveuse* (?), *d'une maladie noire,* nous dit-elle.

Antécédents personnels : La malade nous raconte que depuis son enfance elle a toujours été *très nerveuse,* qu'elle a des *migraines* qui reviennent environ une ou deux fois par mois.

Le 1er juillet, elle s'est couchée laissant la fenêtre ouverte, et le lendemain elle s'est réveillée avec la *face paralysée du côté gauche.* L'exploration électrique nous apprend que la contractilité faradique est abolie et qu'il y a augmentation de l'excitabilité galvanique avec prédominance de l'anode (réaction de dégénérescence complète).

Obs VIII. — B... (Eugénie), couturière, 27 ans, vient au service d'électrothérapie le 3 novembre 1887; elle est *paralysée du côté droit de la face.*

Antécédents héréditaires : Père mort il y a cinq ans à la suite d'*une maladie du cerveau* (?). La malade ne peut préciser davantage. Mère bien portante, trois frères en bonne santé; une *sœur âgée de 14 ans atteinte de chorée* depuis dix-huit mois.

Antécédents personnels : Rougeole et variole dans la première enfance; à 20 ans, fièvre typhoïde; depuis cette dernière affection, la malade est restée *très impressionnable,* mais elle n'a jamais eu d'attaques convulsives. L'hémiplégie de la face qui siège à droite date de deux mois; la malade l'impute au froid; elle nous raconte qu'elle a été exposée pendant une demi-heure à un vif courant d'air, que le soir même elle a eu des douleurs derrière l'apophyse mastoïde et le lendemain elle s'est réveillée paralysée du côté droit de la figure. Tous les muscles innervés par le facial droit participent à l'hémiplégie; réaction de dégénérescence complète.

Obs. IX. — L... (Eugénie), âgée de 20 ans, employée dans une fabrique de caoutchouc, se présente au service d'électrothérapie le 5 janvier 1888; elle est atteinte depuis huit jours d'une *paralysie faciale qui occupe le côté droit de la face.*

Antécédents héréditaires : Père bien portant, *mère* âgée aujourd'hui de 40 ans; *a fréquemment des attaques de nerfs; il y a trois ans elle présenta des troubles vésaniques qui nécessitèrent son admission dans une maison de santé, où elle resta pendant trois mois.*

Antécédents personnels : Irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 14 ans, la malade a eu dans la première enfance la rougeole, plus tard la fièvre typhoïde et la variole. *L... nous dit qu'elle est impressionnable et qu'elle souffre très souvent de violentes douleurs de tête.* Pas d'autre accident nerveux à signaler.

La paralysie faciale est survenue sans motif apparent; c'est le matin, au réveil, que L... s'en est aperçue. La paralysie est totale, avec réaction de dégénérescence complète.

Obs. X. — P... (Marrien), 33 ans, cocher, se présente à la Salpêtrière le 21 janvier 1888; *il est atteint d'une paralysie faciale siégeant du côté droit.*

Antécédents héréditaires : Son père, très nerveux, s'est noyé il y a treize ans (les renseignements que nous donne le malade au sujet de la mort de son père permettent de conclure au suicide); sa mère est bien portante.

Antécédents personnels : Le malade n'a jamais eu d'accidents nerveux; mais il nous dit qu'il est très impressionnable et qu'il se frappe facilement.

L'hémiplégie faciale est survenue il y a onze jours; le malade s'en est aperçu le matin au réveil; il croit devoir rapporter l'hémiplégie à un refroidissement; la paralysie porte sur tous les muscles innervés par le facial droit. Réaction de dégénérescence partielle.

Obs. XI. — H... (Julien) se présente à la consultation de M. Charcot le 7 février 1888; il est atteint depuis trois semaines d'une *paralysie faciale gauche;* le malade croit pouvoir l'attribuer au froid. Les renseignements qu'il nous donne sur les antécédents de sa famille et sur les siens sont les suivants :

Antécédents de famille : son père est bien portant. Sa *mère*, nous dit-il, *a eu, durant de longues années, des crises nerveuses qui se terminaient par un sommeil se prolongeant pendant une à deux heures. Frère rhumatisant qui est également névropathe.*

Antécédents personnels : H... est *très nerveux, d'une impressionnabilité excessive; il pleure facilement.* Il y a deux ans, à la suite *de préoccupations, il a eu des idées noires; cet état psychique a persisté pendant trois mois.*

La paralysie faciale est totale, elle s'accompagne de troubles du goût. A l'exploration électrique pratiquée par M. le docteur Vigouroux, on trouve tous les caractères de la réaction de dégénérescence complète.

Dans les faits précités, ce sont surtout les grandes névroses et les affections du groupe psychopathique qui occupent la première place parmi les maladies des ascendants et des collatéraux. Il en est encore ainsi dans les deux observations suivantes, mais nous y trouvons, de plus, l'ataxie locomotrice dont les affinités avec les psychoses sont aujourd'hui bien connues et nettement établies.

Obs. XII. — D... (Marie), 30 ans, employée dans une maison de commerce, vint nous consulter le 11 octobre 1887.

Antécédents héréditaires : Mère morte phthisique, *père ataxique.* — La malade a *trois sœurs* qui toutes sont *très nerveuses; l'une d'elles a fréquemment des attaques convulsives.*

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. *Depuis deux ans, D... a un engourdissement dans la main droite, et particulièrement limité dans la région innervée par le nerf cubital.* Cet engourdissement se manifeste exclusivement le matin au réveil. La malade n'a pas eu d'autres accidents nerveux et paraît, du reste, jouir d'une bonne santé.

La *paralysie faciale* qui occupe le côté *gauche* de la figure est survenue sans cause connue pour D... Elle date de six mois environ (20 avril 1887). La malade s'était couchée très bien portante; le lendemain, elle se réveillait avec la face paralysée du côté gauche. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; la contractilité électrique est normale.

Obs. XIII. — R... (Mariette), 60 ans, vient nous consulter le 30 juin 1887.

Antécédents de famille : *Grand-père paternel* mort après avoir été *enfermé* pendant dix ans *dans un asile d'aliénés*. *Père* mort *ataxique* à l'âge de 58 ans, *mère très nerveuse*, est morte à l'âge de 60 ans à la suite d'un cancer utérin.

Antécédents personnels : La malade, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, *a toujours été très nerveuse;* elle souffre habituellement de *migraines*. *Il y a douze ans*, elle a été prise sans cause connue d'une *paralysie faciale du côté droit;* cette hémiplégie de la face a duré deux mois et s'est terminée par la guérison complète.

Il y a quinze jours, Mariette R... s'est réveillée le matin avec une *nouvelle paralysie faciale* occupant cette fois-ci le côté gauche. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; les réactions électriques sont normales.

En dehors de la valeur que les antécédents héréditaires du sujet donnent à cette dernière observation, il convient de noter une autre particularité; c'est la récidive de la paralysie de la septième paire. Ces récidives, qui ne sont pas signalées par les auteurs classiques dans l'histoire de la paralysie faciale, sans être très communes, ne doivent néanmoins pas être considérées comme des faits exceptionnels. M. Charcot nous en a cité quelques-uns. Nous en avons mentionné deux exemples dans notre premier travail : il s'agissait dans l'un des cas d'un malade qui, après avoir eu, à l'âge de 13 ans, une hémiplégie faciale du côté droit, en eut une autre du même côté à l'âge de 37 ans; le second cas se rapportait à un sujet qui, en moins de trois ans, fut atteint de trois paralysies faciales, l'une du côté droit et les deux autres du côté gauche de la face. Mobius, qui avait déjà fait connaître un cas de paralysie faciale récidivante (*Med. Jahrb.*, t. CCVII), rapporte deux nouveaux faits de ce genre (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886). Dans l'une de ces observations, il est question d'un homme de 58 ans qui, à la suite d'un refroidissement, avait eu, en 1868, une paralysie faciale à droite. Puis, en 1876, il avait été pris d'une nouvelle paralysie faciale, mais, cette fois, à gauche. Enfin, en 1886, après une course dans une voiture ouverte, il vit se développer encore une fois la paralysie faciale à droite.

M. Charcot nous a cité le cas d'une femme qui a eu jusqu'à quatre accès de paralysie faciale, alternant à droite et à gauche. Tout récemment, le professeur Troschel (de Kiew) communiquait à M. Charcot l'histoire d'un malade hystéro-épileptique qui a été atteint deux fois de paralysie faciale. Voici le résumé de cette observation dont M. le professeur Charcot a bien voulu nous donner connaissance :

Obs. XIV. — David F..., rabbin, âgé de 36 ans, appartient à une famille juive orthodoxe.

Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. *Il y a huit ans*, *première paralysie de la face du côté gauche* dont il ne reste plus de trace; *Il y a quatre ans*, *deuxième paralysie faciale du côté droit*, incomplètement guérie.

Depuis deux ans, le malade est en proie à des *attaques hystéro-épileptiques* qui reviennent environ toutes les six semaines et se montrent toujours le soir. Ces attaques présentent les phases classiques de l'hystéro-épilepsie : période épileptiforme, période des grands mouvements, etc.

Les faits dont il vient d'être question montrent bien que la paralysie faciale peut récidiver et que ces récidives, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont loin d'être aussi rares qu'on l'avait cru jusqu'à présent.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

La vernonine, nouveau poison du cœur. (*Pharmaceutische Post* et *Gazette médicale de Liège*, 1888, 4.) — Ce corps est un glucoside extrait de la racine du *Vernonia nigritiana*, poudre blanche, ayant produit, chez des grenouilles et des pigeons, un ralentissement de l'action du cœur et, à forte dose, un arrêt du cœur en systole, comme le font la digitale et le strophantus.

A la même dose, il est 40 fois moins toxique que la digitale.

C'est la première plante connue de la famille des Composées renfermant un principe actif analogue à celui de la digitale. — P. N.

La pyridine dans la blennorrhagie, par le docteur Radernaker. (*Los Avisos sanitorios.*) — L'auteur admet, après beaucoup d'autres, que la blennorrhagie étant une maladie locale parasitaire, le traitement local peut suffire.

Il conseille des injections uréthrales de pyridine (10 centigr. pour 30 grammes d'eau). Cela suffirait pour amener la guérison en trois ou quatre jours. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. Lejars, sur l'enseignement de la chirurgie et de l'anatomie dans les Universités de langue allemande;

2° Un travail de M. Mangenot, sur les revaccinations dans les écoles primaires du XIIIe arrondissement;

3° Une lettre de M. Pourtalé, vétérinaire, à propos du traitement de la rage.

— M. Le Fort rapporte l'observation d'un anévrysme artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux, causé par un coup de pied de cheval. On dut lier les deux carotides. Malgré cela, il persiste un peu d'exophthalmie droite, avec saillie de la veine du grand angle de l'œil, et un bruit de rouet que perçoit le malade.

— M. Laborde combat le résultat des expériences de M. Mairet, rapportées dans la dernière séance. La liqueur d'absinthe, a-t-il dit, ne détermine de convulsions qu'à de très fortes doses. C'est l'avis de M. Laborde, mais ce qu'il ne peut accepter, c'est que ces convulsions soient causées par l'alcool éthylique.

— M. G. Sée, au nom de M. Gley et au sien, lit un mémoire sur la strophantine et le strophantus.

Les expériences sur la strophantine ont été faites à l'aide d'un glucoside extrait, par M. Wurtz, pharmacien, du strophantus Kombé. On s'est aussi servi quelquefois de la strophantine $C^{11}H^{15}O^{12}$ de M. Arnaud (chef du laboratoire de M. Chevreul), qui l'a étudiée. Mais ce dernier corps, qui donne des résultats analogues à celui de M. Wurtz, est d'une toxicité si grande qu'on ne peut l'employer en clinique.

« Nous avons d'abord, dit M. Sée, vérifié avec la strophantine l'action du strophantus sur le système nerveux, que MM. Gley et Lapique avaient signalée déjà dans un travail fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. (*Soc. de biol.*, 1887, 2 juil.)

Nous avons vu sur la grenouille, en étudiant les modifications de la contraction névro-directe et de la contraction névro-réflexe des deux gastro-cnémiens au moyen du myographe double de Marey, que si l'on protège un membre par la ligature de l'artère iliaque primitive contre l'arrivée du poison, la contraction nervo-réflexe déterminée normalement par l'excitation électrique du nerf sciatique du côté opposé disparaît 40 ou 50 minutes après l'injection, alors que de l'autre côté le muscle se contracte

encore quand on excite un nerf moteur. Au bout d'une heure et demie, l'excitation électrique des nerfs et des muscles est sans effet. Il suffit d'une dose de 1 vingtième de milligramme pour obtenir ces résultats.

L'action sur le système nerveux est encore démontrée par les troubles variés des mouvements respiratoires qu'on trouve nettement sur le lapin et sur le chien; ces mouvements s'accélèrent d'abord, puis se ralentissent; à dose toxique, ce ralentissement devient bientôt extrême et la respiration s'arrête.

C'est surtout l'action de cette substance sur le cœur et sur la circulation que nous avons cherché à déterminer, vu la prédominance de cette action parmi les effets physiologiques de la strophantine. Sous l'influence d'une dose de 1 quarantième de milligramme injecté sous la peau, le cœur de la grenouille s'arrête en 10 minutes environ en systole; il est alors complètement inexcitable soit mécaniquement, soit électriquement. L'action de la strophantine sur le cœur de la grenouille est même si rapide que les indications données par le cardiographe sont trop peu marquées pour qu'on puisse bien analyser cette action. On obtient les mêmes effets quand on a préalablement détruit le bulbe et la moelle.

Sur le chien ou sur le lapin, on observe une série de phénomènes très intéressants en enregistrant les variations de la pression sanguine intra-artérielle dans les deux bouts d'une artère, carotide ou fémorale, au moyen du manomètre double de François Franck.

La dose employée variait de 1 milligramme et demi (pour le lapin), à 4 milligrammes (pour le chien), en injection intra-veineuse; la dose mortelle moyenne pour le chien d'un poids moyen de 11 kilogrammes, est de 2 milligrammes à 2 milligrammes et demi (strophantine de Wurtz).

Les phénomènes cardio-vasculaires sont les suivants : dans une première période, peu après l'injection, *ralentissement du cœur* plus ou moins marqué; *élévation considérable* de la pression; puis le cœur s'accélère souvent pendant quelques instants. Dans la deuxième période qui dure jusqu'à l'arrêt du cœur, *irrégularités* du cœur, courtes phases d'accélération, ralentissement plus persistant, systoles avortées; pendant tout ce temps, la *pression* reste très élevée; ce n'est qu'à la fin qu'elle s'abaisse un peu; quelquefois même, il y a encore une élévation considérable de la pression, précédant une chute soudaine qui coïncide avec l'arrêt du cœur. Sur le lapin, la phase primordiale du ralentissement avec augmentation de l'amplitude des oscillations sanguines, malgré la pression très élevée, est plus marquée que chez le chien. Toutes ces variations de pression sont les mêmes dans le bout périphérique et dans le bout central de l'artère. Cette indépendance de la pression sanguine (constance de l'effet vaso-constricteur) par rapport aux modifications que subissent les mouvements du cœur, montre déjà que la strophantine détermine des actions vaso-motrices directes. Cette indépendance n'est-elle pas des plus remarquables, puisqu'elle persiste même pendant la période où le cœur est ralenti? La systole est plus forte et plus ample, et néanmoins la pression reste très élevée.

Il est donc probable qu'à l'activité exagérée du *muscle cardiaque* correspond aussi une majoration de la *tonicité artérielle* qui détermine la vaso-constriction dont il s'agit. Cette vaso-constriction, qui constitue un des phénomènes essentiels de l'action de la strophantine est d'ailleurs très grande.

Simultanément avec les variations de la pression-phériphérique, nous avons, en effet, étudié celles qui surviennent dans les *vaisseaux du rein*, au moyen du néphrographe de Roy, appareil inscripteur des changements de volume du rein, et nous avons vu que les tracés fournis par cet appareil témoignent d'un resserrement des vaisseaux rénaux (diminution de volume du rein). Sous quelle influence se produit cette vaso-constriction? Est-elle d'origine centrale ou périphérique? Toutes les modifications que nous venons de décrire se produisent, quoique moins marquées, bien entendu, quand on a préalablement sectionné le bulbe. A la vérité, en détruisant la bulbe, on n'a pas détruit tous les centres vaso-moteurs, puisqu'on admet aujourd'hui très généralement que la moelle en contient. Nous avons alors énervé complètement un membre et enregistré les variations de la pression dans le bout périphérique de l'artère de ce membre.

comparativement avec la pression intra-artérielle dans le membre symétrique. De plus, on sectionne le bulbe. Dans ces conditions, on observe encore la phase de *ralentissement*, très peu marquée cependant, l'élévation de la pression (vaso-constriction générale), puis la phase d'irrégularités. Les modifications de la pression dans l'artère du membre énervé, sont seulement moins marquées, mais elles sont de même sens.

De cette expérience, que nous avons faite plusieurs fois, nous croyons pouvoir conclure que la *strophantine*, si elle agit *sur les vaso-moteurs bulbo-médullaires*, comme le montre l'atténuation des phénomènes observés après la destruction du bulbe ou l'énervation pratiquée dans un membre, agit ainsi soit sur les *ganglions nerveux* propres des tuniques artérielles, soit sur les fibres lisses elles-mêmes des vaisseaux.

En ce qui concerne l'action des *nerfs vagues* et du *sympathique* sur la circulation pendant l'intoxication, nous avons pu constater que, surtout dans la première période, les effets de l'excitation électrique du pneumogastrique, du sympathique cervical et du nerf dépresseur sont sensiblement les mêmes qu'à l'état normal.

De même, dans l'étude des effets de la strophantine sur les *muscles*, on ne peut distinguer si c'est sur la terminaison nerveuse motrice ou sur la fibre musculaire elle-même qu'agit le poison.

Etant donnée cette vaso-constriction très générale dont nous avons parlé, on comprend que la sécrétion rénale doit être très ralentie. C'est en effet ce que nous avons observé dans plusieurs expériences sur le chien, où nous avions placé une canule dans chacun des uretères, en même temps que nous suivions les variations de la pression sanguine. Nous avons vu la sécrétion rénale après l'injection se réduire de moitié d'abord, puis des deux tiers. Ce fait concorde avec les résultats des autopsies où l'on trouve les reins congestionnés.

Dans une autre série d'expériences, nous avons enfermé un chien dans une cage construite de façon à ce qu'on puisse recueillir toutes les urines, et nous n'avons pas constaté de différence appréciable dans la quantité émise avant ou après l'injection sous-cutanée de doses variées de strophantine. L'expérience était, bien entendu, suivie pendant plusieurs jours.

Au point de vue physiologique, les deux faits les plus saillants sont *l'augmentation d'énergie* de la systole (à une certaine période de l'action de la strophantine) coïncidant avec l'élévation de la pression intra-artérielle. Ce fait (augmentation d'amplitude de la contraction cardiaque et par conséquent de la pulsation artérielle) explique sans doute les tracés sphygmographiques si constants dans nos observations. C'est cependant là un phénomène bien rare, puisque nous savons que, d'une façon générale, sinon constante, quand la *pression intra-artérielle* est très élevée (ce qui est l'effet de la vaso-constriction) l'amplitude de la pulsation artérielle diminue. Mais dans le cas présent les tracés hémomanométriques semblent nous fournir une explication suffisante de ce fait en apparence contradictoire à la loi de Marey.

L'action la plus utile et qui est révélée surtout par l'expérimentation consiste à accroître *l'activité du cœur*. C'est là l'indication véritable.

La strophantine n'est cependant pas supérieure à la spartéine, au contraire; la spartéine a encore l'avantage d'être infiniment moins toxique, et de ne pas augmenter dans une aussi forte mesure la pression sanguine.

Pour ce qui est de la *digitale*, son pouvoir sur l'activité fonctionnelle du cœur est manifestement inférieur à celui de la strophantine; mais on a accordé en outre, à la strophantine, la propriété de produire son effet cardiaque et de ménager en même temps la contractilité des vaisseaux; c'est là une grave erreur; nous avons vu, au contraire, que la strophantine produit une vaso-constriction puissante et générale, de sorte que, sous ce rapport, c'est elle qui est inférieure à la digitale. La preuve de tous ces faits ressortira de toutes mes observations cliniques.

Nous avons employé la strophantine à 1 ou 8 cinquièmes de milligramme dans tous les cas de maladies du cœur, et partout nous avons observé les mêmes faits, avec des effets pen variés :

1° C'est surtout dans les lésions mitrales, particulièrement dans les rétrécissements de l'orifice mitral, moins dans l'insuffiance de l'aorte, que les résultats ont été favorables,

et voici comment : l'action cardiaque a été manifestement augmentée, comme le prouvait l'examen sphygmographique; dès la première heure, le pouls déprimé, petit et faible, se relevait visiblement; la ligne d'ascension, souvent presque horizontale, devenait rapidement verticale ou à peu près; le sommet présentait de l'acuité, et la ligne de descente n'était plus entrecoupée que par des saillies élastiques très prononcées, auparavant presque effacées. En outre, les irrégularités et les inégalités du pouls disparaissaient, mais non d'une manière constante. Nous avons observé ces faits même quand le cœur avait perdu sa force, quand il n'y avait plus de compensation, quand enfin il existait des stases pulmonaires et des stases veineuses avec œdème à la périphérie. — Mais, dans aucun de ces cas, il n'y eut de soulagement de la dyspnée, ni de diurèse, ni par conséquent de diminution dans l'œdème.

2° Dans les dilatations et les hypertrophies fibreuses qui surtout dépendaient d'artério-scléroses généralisées, et dont quelques-unes étaient arrivées à l'asystolie, les mêmes conséquences suivirent l'administration de la strophantine, à savoir : relèvement du pouls, soit au toucher, soit au sphygmographe; retour des forces générales. Sous ce rapport, il n'y avait aucune distinction à établir entre les maladies avec hypertension, ou avec hypotension, co qui est loin d'être facile et surtout durable.

3° Dans les affections douloureuses du cœur, dans les angines de poitrine, la strophantine loin d'être utile aggravait souvent les accidents et les souffrances.

4° Du reste, pas d'action fâcheuse sur l'estomac, ni sur l'encéphale : les vertiges furent cependant notés un certain nombre de fois comme effet médicamenteux.

Ces divers relevés portent sur 20 cas au moins.

M. G. Sée continue sa communication par l'étude du strophantus. Il y en a eu dans le commerce bien des espèces; mais, actuellement, on tend à n'en admettre qu'une seule très polymorphe comprenant le strophantus hispidus et le strophantus Kombé.

C'est la teinture qui a servi aux premières expériences de Fraser datant de 1872.

Quoi qu'en ait dit M. Langard, le strophantus, injecté sous la peau des lapins, donne une forte augmentation de pression; l'extrait diminue le pouvoir excito-moteur de la moelle et le cœur s'arrête chez le lapin.

Des observations de Fraser, Boupitsch, Pons, etc., il résulte que le strophantus n'est pas un succédané de la digitale, mais un auxiliaire utile : c'est un tonique primitif du cœur.

Dujardin-Beaumetz attribue au médicament l'action tonique et diurétique et nie l'action sur les stases pulmonaires.

Bucquoy a employé les granules de 1 milligr. 1/2 d'extrait ou une teinture dont 5 gouttes correspondent à 1 milligr. d'extrait. Il a noté une action de soutien sur le cœur, l'action sur les cœurs fatigués et non asystoliques, la diminution de la dypsnée, l'absence d'effet diurétique, bien que l'urination soit soutenue à un litre et demi à deux litres; l'absence de régularisation des battements du cœur.

M. Dujardin-Beaumetz conseille de ne pas prescrire la strophantine. Il en existe au moins cinq variétés dans le commerce, et de plus on a décrit récemment une strophantidine; comme pour la digitale, c'est la plante qu'il faut employer et non la digitaline.

Les teintures ont des titres divers. Fraser employait celle à 1/20; C. Paul à 1/10. Personnellement, M. Dujardin-Beaumetz emploie celle à 1/5, dont on peut donner 5 gouttes matin et soir. On peut encore se servir de l'extrait de M. Bucquoy 1 à 5 mm. par jour par pilule de 1 milligr.

— M. Mesnet lit un rapport sur le prix Falret.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bucquoy sur le prix Laval, les conclusions du rapport de M. Mesnet.

COURRIER

Dans son dernier conseil, la Faculté de médecine de Paris a accordé, sur sa demande, un congé d'un an, à M. le professeur A. Richet.

M. le professeur Tarnier a été délégué dans la chaire de clinique de la rue d'Assas.

MM. les agrégés Brun, Hutinel, Brissaud et Ballet ont demandé à se spécialiser comme suit : M. Brun, dans la chaire d'ophthalmologie ; M. Hutinel, dans la chaire des maladies des enfants ; M. Brissaud, dans la chaire des maladies du système nerveux, et M. Ballet, dans la chaire des maladies mentales.

Au prochain concours d'agrégation, les chaires de thérapeutique, maladies cutanées et syphilitiques, et anatomie pathologique, seront spécialisées.

Une commission est chargée de la réforme du concours du clinicat et de donner son avis sur le maintien ou la suppression des internes dans les services de chirurgie.

— L'assemblée de la Faculté de médecine de Nancy a présenté pour le décanat, en première ligne, M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale (par 24 voix sur 28 votants).

— Par décret, en date du 10 novembre 1888, ont été nommés près la Faculté de médecine de Montpellier :

1° Professeur de pathologie interne, M. Carrier, agrégé des Facultés de médecine ;

2° Professeur d'anatomie, M. le docteur Paulet.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, MM. les docteurs Balzer, du Castel, Gailleton (de Lyon), Hardy, Humbert, Laillier, Leloir (de Lille), Mauriac, Pozzi et Ricord, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, M. le professeur Gaudry (de l'Institut) a été nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de zoologie, en remplacement de M. de Quatrefages, démissionnaire.

— MM. les docteurs de Lavenay (de Dosingy) et Comoz (de Rumilly) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Le concours de l'Internat des hôpitaux de Nancy s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Riche, Zumbiehl et Sibut.

Internes provisoires : MM. Senique et Vigneron.

Hôpitaux de Nantes. — A la suite des divers concours ouverts près les hôpitaux, ont été proclamés :

Internes titulaires : MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brindeau, Allaire, Brianceau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau et Neveu-Dérotrie.

Internes provisoires : MM. Sourdille, Bellouard et Tulasne.

Externes : MM. Loréal, Lapeyre, Retaillau, Müller, Lenoir, Texier, Galard, Guilbaud, Le Coquil, Acher-Dubois, Tremant, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien et Leïsjoin.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé comme suit : M. Rémy, chef des travaux ; MM. Variot et Chatellier, préparateurs ; MM. Launois, Girod, Pilliet, Binot, Legrand et Morau, aides-préparateurs.

— MM. Lalande et Le Noir, élèves de la Faculté de médecine de Paris, sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow.

— M. Kortz, élève de la Faculté de médecine de Paris, est appelé à jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation Pelrin.

— MM. les docteurs Abadie, médecin de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, Javal, député, Mathias Duval et Panas, professeurs à la Faculté de médecine, sont nommés membres de la commission d'études ayant pour objet d'élaborer un projet de règlement relatif aux moyens de constater l'état normal de la vue chez les candidats aux divers diplômes pour l'enseignement du dessin. Cette commission sera, en outre,

saisie des diverses questions relatives à l'hygiène de la vue dans les écoles. M. le docteur Chevallereau, médecin-adjoint de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, est nommé secrétaire, et M. le docteur Galtier-Boissier, secrétaire-adjoint de cette commission.

— M. C. Deschamps est chargé d'une mission à l'effet d'explorer les îles Laquedives et d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

M. le docteur Louis Catat, ancien enseigne de vaisseau, est chargé d'une mission d'exploration à Madagascar ; M. Georges Foucart, ingénieur des arts et manufactures, est adjoint à cette mission.

Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888 :

Elèves en médecine. — Première année : premier prix *ex æquo*, MM. Filaudeau et Lapeyre; deuxième prix *ex æquo*, MM. Le Coquil, Lenoir, Leray et Letourneau ; accessit, MM. Loréal et Roy ; mention très honorable, M. Gaston. — Deuxième année : premier prix, M. Guépin ; deuxième prix, M. Neveu. — Troisième année : premier prix, M. Korb. — Quatrième année : premier prix, M. Guimbertière ; deuxième prix, M. Bichon.

Prix de clinique : premier prix *ex æquo*, MM. Chéneau et Sureau ; deuxième prix *ex æquo*, MM. Guimbertière et Leray.

Elèves en pharmacie. — Première année : premier prix, M. Gautier; accessit, MM. Duclos et Berthomé; mention honorable, MM. Bureau et Debreilly. — Deuxième année : premier prix, M. Tripot ; deuxième prix, M. Huteau ; accessit, MM. Péault et Savé. — Troisième année : premier prix, M. Bonnet ; deuxième prix, M. David.

Travaux pratiques. — Première année : premier prix, M. Bureau ; deuxième prix, M. Charron ; accessit *ex æquo*, MM. Gautier et Duclos ; mention honorable, MM. Savin et Berthomé. — Deuxième année : premier prix, M. Meneux ; deuxième prix, M. Huteau ; accessit, M. Péault ; mention honorable, MM. Bruguières et Caillon. — Troisième année ; premier prix, M. Guignard ; premier accessit, M. Martineau ; deuxième accessit, MM. Trion et Marchandeau.

Ophthalmologie. — M. Gillet de Grandmont commencera son cours de médecine opératoire sur les yeux le vendredi 16 novembre à huit heures du soir, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

Ecole pratique. — *Cours d'ophthalmologie.* — M. le docteur Gorecki commencera son cours sur les maladies des yeux le lundi 19 novembre à six heures du soir, amphithéâtre n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours élémentaire sera complet en quinze leçons.

1re leçon : anatomie comparée de l'œil nans la série animale; 2e maladies de la conjonctive; 3e cornée, sclérotique, kératites; 4e iris, iritis, irido-choroïdites; 5e cristallin, cataractes; 5e ophthalmoscopie, axamen du fond de l'œil; 7e choroïde, choroïdites; 8e corps vitré, glaucome; 9e rétine, rétinites, décollement; 10e nerf optique, amauroses; 11e réfraction, accommodation, myopie; 12e hypermétropie, presbyopie, astigmatisme; 13e voies lacrymales; 14e muscles de l'œil, strabisme, diplopie; 15e résumé et méthode à suivre dans l'exploration de l'œil en vue du diagnostic.

Les élèves inscrits recevront, autant que possible, une feuille autographiée contenant le programme de la leçon. Ce cours sera complété par une leçon clinique du docteur Gorecki, 16, rue Dauphine, le jeudi à une heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

INAUGURATION DE L'INSTITUT PASTEUR

L'inauguration de l'Institut Pasteur qui a eu lieu mercredi dernier a été une grande fête pour la science française. Toutes les notabilités du monde politique, littéraire et scientifique s'étaient réunies dans la salle de la bibliothèque du nouvel Institut pour cette inauguration, qui a été un long triomphe pour M. Pasteur. La présence de M. le Président de la République, des présidents du Sénat et de la Chambre des députés, des ministres de la guerre, de l'intérieur, de l'instruction publique, des finances et du commerce, montrait quelle importance le gouvernement français attachait à cette fondation; notre gouvernement a pu voir par l'empressement des membres de l'Institut de France, de l'Académie française, de l'Académie de médecine et de la Faculté à assister à son inauguration, combien le monde des personnes compétentes approuvait maintenant les idées qui avaient été la base des travaux de M. Pasteur.

La salle de la bibliothèque, construite pour contenir quatre cents personnes, en contenait huit cents, dont on pourrait citer les noms; on a remarqué surtout, parmi les personnes assises sur l'estrade, les grands-

FEUILLETON

CAUSERIE

« Quelle est donc cette maladie des gens d'esprit dont vous parlez? » me demande un bienveillant lecteur, ou une aimable lectrice. Car je ne sais à quel sexe appartient la personne qui m'a fait l'honneur de m'écrire à ce sujet une toute petite lettre; l'écriture est fine et déliée, et j'ai cru à première vue qu'elle avait pour origine une main de femme; mais une personne compétente à qui je me suis adressé à ce sujet m'a dit que « ça n'avait jamais été une écriture de femme ».

Mais cela importe peu; la question étant posée, je vais répondre à cette aimable lectrice, ou à ce bienveillant lecteur, que la maladie des gens d'esprit dont j'ai parlé dans une de mes dernières causeries est tout simplement la dyspepsie. Pour savoir comment elle arrive et comment on pourrait l'éviter, j'ai bien envie de vous renvoyer au numéro de la *Revue scientifique* qui me l'a appris; mais comme cet excellent recueil n'est pas entre vos mains, je vais vous mettre, en quelques lignes, au courant de la question.

L'homme d'esprit se croit obligé de causer à table, surtout quand il est placé entre deux dames, toutes deux femmes d'esprit aussi, bien entendu; alors il n'a plus le temps de manger, il avale les bouchées doubles, sans mâcher, il avale de grands verres d'eau

ducs de Russie, témoignant ainsi que le tsar, un des bienfaiteurs du nouvel Institut, tenait à être représenté à son inauguration.

Que dire maintenant des discours prononcés à cette séance? Il faudrait les reproduire en entier, car ce sont des documents précieux, remplis de faits intéressants, de mots charmants, de traits d'esprit, à tel point qu'on aurait pu se croire plutôt à une séance de l'Académie française que dans un laboratoire destiné aux recherches ardues de la microbiologie.

Le discours de M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a été la constatation du triomphe définitif de M. Pasteur, dont il avait pu suivre la marche ascendante depuis plus de quarante ans. Avec quel à-propos il a raconté l'anecdote de leur ami Verdet, dont la haute intelligence prévoyait, vers 1847, un grand nombre des faits scientifiques qui se sont accomplis depuis lors! « Quant à Pasteur, disait-il, celui-là ne connaît pas les limites de la science, je crains pour lui de stériles efforts! il aime les problèmes insolubles. » Pouvait-on se tromper avec plus de sagacité? — Et c'est aux applaudissements prolongés de l'assistance que M. Bertrand termine en disant :

« Les problèmes qui, depuis un demi-siècle, tourmentent sans repos votre esprit, ne sont plus insolubles aujourd'hui. C'est pour vous en remercier au nom de l'humanité, pour nous en réjouir au nom de la science, pour nous en glorifier tous ensemble au nom de la France, que nous sommes réunis aujourd'hui. »

M. le professeur Grancher a retracé à grands traits, avec impartialité et indulgence, l'histoire des luttes que M. Pasteur eut à soutenir contre les Sociétés savantes et contre les savants depuis sa communication au Congrès de Londres en 1881, sur la découverte de l'atténuation des virus et de la vaccination du choléra des poules et du charbon. On trouvera dans son discours de curieux et importants détails sur la fondation des laboratoires antirabiques, actuellement au nombre de plus de 20, et sur leurs statistiques, donnant une mortalité progressivement décroissante à la suite du traitement. C'est la justification du traitement intensif, qui a soulevé tant

---

rougie pour *faire couler* ces morceaux, et il arrive ainsi à la longue à se détraquer l'estomac, qui digère plus ou moins mal.

Ce sont surtout les dîners en ville qui sont la cause de tout le mal. Regardez un Parisien dîner en ville. La politesse française lui défend de se taire, contrairement à la bonne habitude des Japonais, à qui la politesse interdit absolument de parler pendant les repas. Quand un plat leur paraît bon, ils en expriment lëur satisfaction par des gestes gracieux adressés au maître de la maison. Ils croiraient lui faire injure en ouvrant la bouche pour autre chose que pour manger. Pour nous, si la politesse nous interdit de nous taire, elle nous interdit également de parler la bouche pleine; donc, pour manger, il faut saisir habilement l'instant où ni l'une ni l'autre de nos voisines n'attend de réponse à sa phrase. Quand elles sont bavardes et qu'elles ont un corset très serré, tout est pour le mieux, car alors elles mangent peu et parlent beaucoup; etles remplacent les plats par une conversation vive et animée, et pendant ce temps vous mangez tranquillement, en lançant par ci par là un « oui » ou un « non » bien senti.

Mais quand vous êtes bavard vous-même, vous êtes perdu. Bien que Brillat-Savarin ait dit que « les animaux *paissent*, que l'homme *mange*, mais que l'homme d'esprit seul *sait manger* »; les gens d'esprit de notre temps mangent mal, non seulement parce qu'ils parlent au lieu de manger, mais encore parce que nous sommes mal servis... oui, mal servis. La galanterie française commande de servir les dames en premier, si bien que nos deux voisines ont fini de manger au moment où notre tour arrive; à

de critiques et d'oppositions, et qui, en Russie notamment, a donné de si remarquables résultats à la suite des morsures des loups enragés. Ce discours, avec les nombreux chiffres qu'il contient et qui appuient les opinions exprimées par M. Grancher, constitue le plaidoyer le plus capable d'entraîner la conviction de ceux qui doutent encore, et de réduire à néant « les clameurs de la contradiction systématique et les murmures insidieux du dénigrement » que condamnait M. Charcot à la tribune de l'Académie. Il ne doit plus rester de toutes ces discussions et oppositions que la conclusion de la commission officielle nommée en Angleterre pour contrôler les expériences de M. Pasteur, à savoir : que *M. Pasteur a découvert une méthode préventive de la rage comparable à celle de la vaccination contre la variole.* Mais M. Pasteur n'oublie pas non plus qu'à l'heure critique, à l'heure des défaillances et des défections, il s'est trouvé, pour défendre la vaccination antirabique, une élite de médecins, hommes de science, dont l'autorité universellement reconnue a fait pencher le plateau de la balance du bon côté, les Vulpian, les Brouardel, les Charcot, les Verneuil, les Chauveau, les Villemin, etc.

M. Grancher a omis son nom dans cette liste. Mais M. Pasteur lui a rendu la justice qui lui était due en rappelant qu'il avait été, avec Vulpian, le conseiller de la première heure, un des deux ou trois professeurs de la Faculté qui l'avaient encouragé à pratiquer les vaccinations antirabiques.

Avec quelques chiffres et infiniment d'esprit, M. A. Christophle a exposé la situation financière de l'Institut Pasteur. Il s'est trouvé des architectes qui ont donné des plans sans accepter d'honoraires; des entrepreneurs qui ont fait des devis sans les dépasser; des maçons qui ont travaillé le lundi : un vrai conte de fées! Bref, tout construit et tout installé, l'Institut Pasteur a coûté environ 1,500,000 francs, et il lui reste plus d'un million. Il est donc dans d'excellentes conditions matérielles.

Trop ému pour prononcer son discours, M. Pasteur l'a fait lire par son fils; discours rempli de reconnaissance pour tous ceux qui l'ont aidé dans sa tâche difficile; de mélancolie et de regrets pour ceux qui ne sont plus,

---

moins d'être un malappris, il nous faut, pour leur répondre, avaler les morceaux tels quels, et c'est là un des principaux motifs pour lesquels tant de gens supportent si mal les grands dîners, qu'ils digéreraient parfaitement si l'on servait à la ronde.

Quand on mange de la sorte, on avale, ais-je dit, de grands verres d'eau rougie; autre erreur de régime. Donc, pour prévenir tous les maux dont souffrent les personnes qui ont un mauvais estomac — vous connaissez la fable — il suffirait d'éviter toutes ces erreurs; de mastiquer convenablement les aliments, et surtout le pain et la viande, et de boire moins, de peu fumer, car on fume beaucoup trop aussi, toujours sous prétexte de favoriser la digestion; et, en effet, il est d'expérience journalière que deux verres à chaque repas peuvent suffire à un homme qui mâche bien et qui en buvait quatre alors qu'il avalait hâtivement les morceaux; le besoin de fumer devient aussi beaucoup moins impérieux.

Mais, dit avec trop de raison l'auteur pseudonyme de l'article de la *Revue Rose*, nous sommes encore bien loin de l'époque où le public saura qu'*il vaut mieux prévenir que guérir*. Ce précepte fondamental de l'hygiène sera sans doute en honneur au XX[e] siècle. En attendant, les surchauffés de la vie parisienne recourent aux vacances, aux eaux minérales, aux laxatifs, à la diète lactée pour tâcher d'améliorer leur état. Ils veulent *faire quelque chose pour la santé* pendant un ou deux mois par an; mieux vaudrait *ne rien faire contre la santé* toute l'année. Il est extrêmement difficile d'enseigner aux gens à manger hygiéniquement; on les déciderait aisément à prendre des médicaments; on

les compagnons des premières luttes qui n'ont pu assister à leur heureuse issue; de joie et de fierté pour la part de gloire que ses recherches ont donnée à la France, d'espoir enfin que les résultats acquis aujourd'hui ne seront pas les derniers et que d'autres les suivront bientôt.

Et quelle haute philosophie, quand il recommande à ses collaborateurs, à ses disciples, de ne rien avancer qui ne puisse être prouvé d'une façon simple et décisive, qu'après l'avoir soumis à un contrôle sévère. Quelle vertu pour un chercheur! « Croire que l'on a trouvé un fait scientifique important, avoir la fièvre de l'annoncer, et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte qne lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires. Quelle tâche ardue! mais quelle joie quand, après tant d'efforts, on est enfin arrivé à la certitude! »

C'est en agissant ainsi que M. Pasteur a pu avancer sûrement, pas à pas, sans être forcé de reculer; c'est grâce à cette sage prudence que ce qu'il a annoncé comme acquis à la science lui est bien acquis.

— Le discours de M. le Président de la République a été court, mais bon. Après avoir fait remarquer que M. Pasteur, avec sa modestie ordinaire, n'avait demandé de récompenses que pour ses collaborateurs, il a attaché la croix d'officier de la Légion d'honneur sur la poitrine de MM. Grancher et Duclaux, et donné celle de chevalier à M. Chantemesse; nous adressons nos plus sincères félicitations aux dignitaires de ces récompenses si bien méritées.

Les palmes d'officier d'Académie ont été remises à l'architecte du monument, M. Bréhant, puis l'assistance a visité l'Institut dans tous ses détails. Nous y reviendrons dans un prochain article.

Durant toute cette séance, les émotions n'ont pas manqué à M. Pasteur, mais elles ont été douces; elles ont dû compenser et lui faire oublier celles que lui ont values les critiques injustes, injurieuses parfois, de ses adversaires.

---

a toujours le temps d'avaler une pilule; mais on les décide difficilement à mâcher convenablement.

Les gens d'esprit ne sont pas les seuls à manger mal et à s'en trouver mal; tous les gens d'affaires, ou affairés, avoués, avocats que réclame le Palais, médecins qu'attend ou retient trop longtemps un client ou un confrère attardé lui-même : tous mangent en courant et mâchent à la grâce de Dieu.

Donc, vous voilà dyspeptique, cher lecteur, parce que vous maltraitez votre estomac; vous allez tomber, sinon, comme le pensait Molière, dans la bradypepsie, de la bradypepsie dans la dyspepsie, de la dyspepsie dans l'apepsie, de l'apepsie dans la lienterie — mais de la dyspepsie dans l'arthritisme avec ses phénomènes plus ou moins douloureux et désagréables : l'acné de la face, les coliques hépatiques ou rénales; l'obésité, la calvitie, la goutte, et beaucoup d'et cœtera.

Pour en finir avec cette spirituelle maladie, célébrons avec notre guide les propriétés excellentes de l'eau, du thé, du cidre, comme boissons, au lieu du vin, que les arthr itiques, anciens dilatés, devraient proscrire de leur alimentation; ils devraient aussi restreindre celle-ci au poisson, aux œufs, au laitage; ils devraient aussi faire grand usage du sel.

« J'avais cru pendant bien des années, dit notre auteur, qui est peut-être dyspeptique mais qui est certainement homme d'esprit, que, si l'on met des salières sur la table, c'est uniquement pour qu'on puisse ajouter du sel dans les œufs à la coque, que la cuisinière ne peut pas saler d'avance. Grande erreur! La sagesse des nations a dé-

Que lui réserve l'avenir? Peu importe. « Nos espérances sont grandes », a dit M. Bertrand avec sa haute compétence. Et nous ajoutons avec lui : « Laissons à l'avenir sa part de joie et de triomphe; le présent nous suffit; le nom de Pasteur, pour égaler les plus illustres, n'a pas besoin de grandir encore! » — L.-H. Petit.

Discussion sur l'amputation partielle du col de l'utérus.

(*Société de chirurgie, 7 novembre 1888.*)

J'ai dit, Messieurs, dans l'avant-dernière séance, que, si plusieurs d'entre nous préfèrent l'hystérectomie à l'amputation partielle de l'utérus, c'est parce qu'ils espèrent en obtenir, pour un certain nombre de cas, la guérison définitive. Il ne faut pas moins, à mon sens, qu'un pareil motif pour nous autoriser à choisir, des deux interventions, la plus hasardée, celle qui, en dépit des progrès de la statistique, aura toujours à son passif le plus d'échecs opératoires. Aussi pensais-je qu'il était moins intéressant de calculer la survie moyenne des opérées, que de compter le nombre des récidives.

M. Verneuil a vivement protesté, et M. Kirmisson a déclaré qu'aucun chirurgien ne pouvait penser sérieusement à la cure radicale du cancer de l'utérus.

Cependant, depuis qu'il y a des cancers, tous les chirurgiens me paraissent agir comme s'ils croyaient à la guérison; tous, au moins, font des efforts pour la rendre possible. Je crois même que presque tous les chirurgiens d'une expérience un peu longue ont par devers eux un ou plusieurs faits qui la démontrent.

J'ajouterai maintenant : si ce n'est pas là notre pensée et notre espoir, je me demande pourquoi, mes collègues et moi, nous avons fait l'hystérectomie, et je les prierai de m'édifier sur ce point. S'il est prouvé d'ores et déjà qu'on ne peut demander à l'ablation totale de l'utérus que des résultats pal-

---

couvert qu'il y a des gens pour lesquels une grande quantité de sel est nécessaire, et qu'il en est d'autres qui deviendraient malades s'ils mangeaient très salé. La salière est là pour permettre à chacun de saler au degré voulu. Bien des gens sont conduits, par leur instinct, à saler dans la proportion qui leur convient; mais il en est d'autres, les gens d'esprit, dont je parlais en commençant, qui traitent la nourriture avec mépris, et pour qui le charme de la conversation constitue tout l'attrait du repas. Il ne leur est jamais venu à l'idée de recourir à la salière. »

— Mais, bien sûr, cher confrère, puisqu'ils placent tout leur sel dans la conversation; celui-là leur suffit! Cependant je suis bien d'avis, comme vous, que le sel est un eupeptique de premier ordre pour les pauvres gens qui, comme nous, sont obligés de manger vite; mais il faut aussi prendre bien d'autres précautions que vous indiquez : le bain à 40 degrés, les promenades au grand air, les frictions sèches, la gymnastique, mais, avant tout, la mastication minutieuse de la viande et l'usage modéré de la boisson.

*
* *

En attendant que la crémation des morts soit entrée dans les mœurs, les Américains, gens pratiques, font de l'hygiène utile en détruisant les immondices par l'incinération. On vient en effet de construire, à Chicago, un nouveau crématoire, destiné à cet usage. Jusqu'ici un seul four a été terminé, en vue de détruire le contenu de vingt voitures; mais il faudra encore quelque temps avant que cette opération soit terminée.

liatifs, je n'hésite pas à le déclarer, notre pratique est mauvaise et M. Verneuil a raison. Voici les arguments sur lesquels je m'appuie :

Il faut bien avouer qu'il n'est pas absolument légitime de comparer le cancer de l'utérus au cancer du sein. Dans ce dernier cas, nous avons sous la main la glande mammaire, le trajet lymphatique et les ganglions de l'aisselle; nous pouvons tout enlever. L'hystérectomie, au contraire, ne supprime que l'utérus; les lymphatiques du ligament large et les ganglions pelviens lui échappent. Quand la récidive se produit, c'est apparemment — d'après les notions acquises sur l'évolution des néoplasmes — que nous avons laissé quelques traînées microscopiques de cellules cancéreuses aux limites du foyer opératoire ou dans les glandes éloignées. Or, du moment que ces germes de récidive existent, il n'y a pas de raison pour qu'ils se développent une heure plus tard après l'ablation de l'utérus qu'après l'amputation du col. J'excepte naturellement les sections timides qui portent sur des bourgeons épithéliaux en pleine activité, et qui entraînent des repullulations immédiates. Mais, cette réserve faite, je ne vois aucun motif pour que l'hystérectomie donne un meilleur résultat palliatif, c'est-à-dire une survie plus longue.

Mais ce qui est possible, et ce que nous espérons, c'est que, dans un cas donné, l'ablation totale enlève tous les germes de récidive non encore propagés aux annexes, tandis qu'une amputation partielle en aurait laissé quelques-uns; en d'autres termes, que la première donne une guérison radicale là où la seconde n'aurait donné qu'un résultat palliatif. Car la suppression des germes de récidive, qu'est-ce autre chose, sinon la guérison radicale?

Voilà comment la survie, après l'ablation totale de l'utérus, ne peut être plus longue que si elle est illimitée; et voilà comment la seule raison d'être de l'hystérectomie est la recherche d'une guérison complète.

Cette recherche est-elle une illusion? Je le veux bien; et si on me le démontre un jour, sans doute je n'abandonnerai pas l'hystérectomie vaginale et je m'applaudirai, au contraire, de l'avoir étudiée; mais je la réser-

Le crématoire est situé à l'ouest de la ville, dans une carrière de pierres, et le sommet est juste au niveau de la rue. Les wagons déversent leur contenu à sa partie supérieure ; il est transporté sur des planchers d'où il est poussé dans les portes du four, puis tombe sur des grilles au-dessus desquelles passe la flamme. Les cendres tombent au-dessous des grilles, dans ces récipients. L'incinération se fait très rapidement; on brûle les ordures de toute sorte. On espère que les autres fours seront bientôt construits et qu'ainsi toutes les immondices de la ville seront consumées. Le prix du four est de 10,000 dollars.

A Malwaukee, on a également adopté l'incinération pour se débarrasser des ordures. Depuis plus de 5 à 6 mois, ce système fonctionne, et chaque jour les immondices sont consumées. La commission d'hygiène de la ville réclame l'honneur d'avoir été la première à adopter ces dispositions. On a consumé 40,215 livres d'ordures, qui ont donné 5,000 livres de cendres, soit 4,3 p. 100 : au printemps le four crématoire ne fonctionnant que 8 à 10 heures par jour.

Il est incontestable que cette manière de procéder doit débarrasser l'Amérique d'un nombre incalculable de microbes pathogènes. Ceux-ci, abandonnés à eux-mêmes dans des tas d'immondices qui ne tardent pas à entrer en fermentation, doivent y trouver un milieu de culture des plus actifs, et quand on remue ensuite ces foyers d'infection, ils sont emportés de droite et de gauche sur les ailes du vent à des distances souvent très grandes. N'est-ce pas à cela qu'il faut attribuer l'origine de certaines maladies infectieuses qui naissent ou à coup dans un pays, dans une maison où jamais il n'y en

verai aux cancers qui envahissent notoirement la muqueuse utérine et à ceux qui débutent par elle. Pour les cancers limités au col, je ferai, non pas la sous-vaginale avec l'écraseur, mais la sus-vaginale en incisant au bistouri, dégageant le segment inférieur de l'utérus, décollant le péritoine sans l'ouvrir, et coupant le plus haut possible. Je ferai ainsi une opération dont les suites sont très bénignes; en ne laissant, pour ainsi dire, que le fond de l'utérus et en faisant une large résection des culs-de-sac vaginaux, j'éviterai les repullulations immédiates, et j'aurai des survies aussi longues qu'après l'hystérectomie.

Et maintenant, dans combien d'années la question sera-t-elle jugée? Quand pourrons-nous dire si nos malades sont guéries? La réponse n'est pas facile aujourd'hui, et voilà ce qui donne à M. Verneuil la partie belle. Les statistiques étrangères nous aident médiocrement; leurs résultats paradoxaux montrent surtout que la pratique des chirurgiens a varié depuis la renaissance de l'hystérectomie vaginale, et qu'elles rapprochent des faits disparates. La lecture d'un relevé général ne prouve rien; c'est le détail des observations qu'il faudrait avoir sous les yeux. Aussi l'étude de nos faits personnels vaut-elle mieux, pour chacun de nous, qu'un long travail d'érudition; et j'estime que les miens, si peu nombreux qu'ils soient, ne seront pas longtemps sans me donner une opinion ferme.

En tenant compte seulement des hystérectomies vaginales pour cancer, mes guérisons opératoires, comme je vous l'ai dit, sont au nombre de 15 : 7 guérisons persistantes, 6 récidives, 2 opérations inutiles faites pour des cancers propagés aux annexes et qui sont des erreurs de pratique.

A ne considérer que les deux premières séries, il existe entre elles une différence capitale. Les 6 malades aujourd'hui perdues avaient des cancers déjà volumineux, approchant des culs-de-sac vaginaux ou les touchant même et remontant plus ou moins dans la paroi utérine. Voilà les cas où la partie me semble perdue d'avance, où l'hystérectomie ne peut plus avoir qu'un résultat palliatif, où je dis maintenant — passez-moi une expression triviale — que « le jeu n'en vaut pas la chandelle ». Je l'ai appris à

---

avait eu? La dispersion des animaux et des plantes par le vent ou d'autres agents est bien connue, pourquoi ce qui est admis pour les macrobes ne le serait-il pas pour les microbes, dont le nombre est infiniment plus considérable et la dispersion beaucoup plus facile?

La *Nature*, de Londres, en rapportait récemment un bel exemple relatif aux macrobes. Il a trait à un phénomène observé dans ces derniers temps à Port-Elisabeth, dans l'Afrique du Sud.

Vers le commencement de 1887, on remarqua à Port-Elisabeth que des quantités considérables de pierre ponce étaient apportées par la mer au rivage. Plusieurs des fragments étaient déjà recouverts de jeunes balanes, petits animaux articulés de la classe des cirripèdes, que les anciens appelaient *glands de mer*, et dont une espèce se mange encore en Chine et au Chili comme les écrevisses, dont elle a le goût. En même temps, des espèces de poissons jusque-là inconnues firent leur apparition sur la côte, et, chose plus curieuse encore, l'on rencontra quatre ophidiens venimeux marins, absolument inconnus dans le pays, mais répondant tout à fait à la description du *Pelamic bicolor* de Sumatra et Java : l'un d'eux était encore vivant, mais il ne tarda pas à mourir. Avec ces animaux, l'on trouva encore un gros fruit analogue à la noix de coco, que l'on planta et d'où il sortit une *Barringtonia*, étrangère à la côte africaine.

Le rédacteur de *The Nature* émet l'hypothèse que la noix, les serpents, les poissons et e pierre ponce proviennent tous de l'éruption de Krakatoa, ont été repoussés et chassés de leur habitacle, et ont flotté à la dérive jusqu'au moment où la terre ferme a été ren-

mes dépens ; et je prie ceux de mes collègues qui se sont réservés plus que moi, de considérer que leur expérience vient un peu de ce que d'autres se sont compromis à leur place.

Les 7 malades guéries actuellement avaient, au contraire, des cancers peu développés, occupant une des lèvres, ou la moitié inférieure de la cavité cervicale, ou encore une faible épaissseur de la paroi. Celles-là sont dans de bonnes conditions, en apparence, et je compte sur elles pour être édifié dans un avenir assez prochain. Si, dans deux ans, je les ai perdues ou si je n'en conserve qu'une ou deux par hasard, il faudra bien modifier mon opinion dans le sens que j'indiquais tout à l'heure. Si, au contraire, je les conserve toutes ou si je n'en perds qu'une; si, en outre, quelques nouvelles opérées dans les mêmes conditions favorables — sécurité opératoire et sécurité relative pour l'avenir — s'ajoutent à la série; si j'ai, par suite, 6 ou 7 malades ayant passé 2 ans, 3 ans et 4 ans, avec une nouvelle série paraissant marcher sur leurs traces; j'aurai alors le droit, non de porter sur ces malades un jugement absolu, — car on voit quelques survies plus longues aboutir à la récidive, — mais de déclarer que les opérations partielles n'ont jamais donné d'aussi bons résultats, et que nous pouvons encore, avec les indications précises dès maintenant connues, pratiquer l'hystérectomie vaginale. L.-G. RICHELOT.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

La créoline.

La créoline est un liquide fabriqué en Allemagne par la maison Pearson et Cie qui a pris le *monopole* de cette fabrication. Ce liquide est brun foncé à forte odeur goudronneuse et se mêle intimement à l'eau, à l'alcool, à l'éther. Le mélange avec l'eau forme une émulsion blanc jaunâtre qui prend l'apparence laiteuse et brunit en vieillissant.

La maison allemande qui prépare la créoline cache avec soin son procédé. Il est néanmoins établi que le nouvel antiseptique provient du goudron de houille. La houille devrait être choisie avec beaucoup d'attention et serait d'origine anglaise. D'après les

contrée. J'adopte cette idée, ainsi qu'une autre, qui a rapport à un phénomène inverse, mais que je cite seulement de mémoire, n'ayant pas retrouvé la note que j'ai prise à ce sujet. Après l'éruption de Krakatoa, un îlot du voisinage resta absolument dénudé; actuellement, le roc est recouvert d'une végétation abondante, absolument différente de la première; ce ne sont donc pas les graines provenant de celle-ci qui ont fructifié, mais d'autres, apportées de pays très éloignés, très probablement par le vent et les oiseaux. SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE. — Spillmann et Ganzinotty.

Le traitement général a pour but de soutenir les forces, à l'aide des toniques et des reconstituants. — L'état local nécessite l'ingestion d'aliments de facile digestion, afin de réduire au minimum le travail du tube digestif recouvert par la séreuse enflammée. C'est ainsi que l'on conseille le lait, la viande hachée et débarrassée de sa partie fibreuse, l'eau albumineuse en boisson, des aliments demi-solides. — On combat l'inflammation au moyen des révulsifs, des vésicatoires volants, des pointes de feu, du badigeonnage à la teinture d'iode. On agit contre la diarrhée et la douleur à l'aide de l'opium. L'iodure de potassium et le collodion riciné sont prescrits comme révulsifs. — Contre l'ascite, on a recours à la paracentèse. Cependant si l'épanchement est sanguinolent, la ponction qui en provoque le renouvellement peut amener une anémie aiguë rapide. Si l'épanchement est purulent, ce qui est rare, on fait la ponction, le drainage, la laparotomie.

N. G.

fabricants eux-mêmes il y aurait dans la créoline 66 p. 100 d'hydrocarbures indifférents, 27,4 p. 100 de phénols autres que l'acide phénique, 2,2 p. 100 de bases organiques, 4,4 p. 100 de cendres. D'après Fischer, on y trouverait de la naphtaline, du xylénol, etc., etc. En somme, c'est un mélange d'un grand nombre de corps; ce qui est mportant, c'est que ce mélange ne renferme pas d'acide phénique ainsi que le prouve l'absence de réaction avec le réactif de Millon.

La créoline n'est pas toxique. Thomesco en a donné 50 centigr. par jour pendant plusieurs jours, sans aucun inconvénient; il s'agissait d'un cas d'entérite chronique. Spoeth s'en est administré à lui-même jusqu'à 8 gr. par jour sans grands troubles; il y a désinfection complète des matières intestinales. Bien que V. Penzoldt ait observé quelques phénomènes toxiques à la suite de badigeonnages d'émulsion à la créoline sur la plèvre et le péritoine du lapin, Hiller a fait sans accidents des injections dans la cavité pleurale de l'homme avec des solutions de 1 à 5 p. 1,000, Jessner a fait des injections dans la vessie. Frohner a donné à l'intérieur à des chevaux et à des chiens jusqu'à 50 grammes par jour. Neudorfer a recherché la toxicité en injections intra-veineuses. 50 centigrammes par kilogramme d'animal déterminent des signes de douleurs violentes, de larges oscillations de la pression sanguine, des contractions tétaniques, etc. La mort survint à la troisième injection de 50 cent. par kilogramme.

L'action sur les micro-organismes a été surtout étudiée par Esmarch. Le staphylococcus pyogenes aureus, les microbes de la fièvre typhoïde et du choléra sont détruits en dix minutes lorsqu'ils se trouvent dans des liquides auxquels on ajoute 1 p. 1,000 de créoline. L'acide phénique à la même dilution met deux jours pour produire les mêmes effets.

Eisenburg a fait trois séries d'expériences. Dans la première, il prouve que des solutions à 5 et même 6 p. 100 détruisent rapidement les microbes pathogènes; dans la deuxième, il a montré que la créoline était supérieure à l'acide phénique même concentré contre les microbes les plus résistants tels que ceux du foin; enfin, il a comparé en troisième lieu, l'efficacité de la créoline à celle du carbol; une solution à 2 p. 100 arrête le développement des spores, tandis qu'une solution à 5 p. 100 de carbol reste inefficace.

Le premier emploi chirurgical de la créoline semble avoir été fait par Kortum. Il reconnaît que, en solution à 1 ou 2 p. 100, elle est antiseptique, hémostatique, fait disparaître la suppuration et excite le développement des bourgeons charnus.

Depuis, le nouvel antiseptique a été expérimenté par un grand nombre d'auteurs. Rausche l'a employé avec succès dans un cancer ulcéré ayant frappé les deux seins et dégageant une odeur très fétide que l'iodoforme, l'acide phénique s'étaient montrés impuissants à combattre. Il suffit d'appliquer sur les plaies des compresses de gaze imbibées continuellement d'une solution à 1 p. 100 pour faire disparaître toute odeur et diminuer beaucoup la quantité de la sécrétion. Le même auteur a eu encore des succès nombreux dans le pansement des ulcères atoniques qui se détergent rapidement. On peut, d'après lui, l'employer sur toutes les plaies en solution à 2 p. 100 ou en se servant de savon. Les mains, les instruments ne seraient pas attaqués.

Cependant Lichtwitz a observé que la surface des instruments en caoutchouc durci (sondes, par exemple), laissée quelque temps dans des solutions assez concentrées, devenait rugueuse. Baum a aussi noté l'attaque des cathéters en gomme; d'autre part, il fait aussi remarquer que, les solutions étant troubles, on ne peut guère, pendant les opérations, y déposer les instruments, surtout les aiguilles, que l'on ne retrouverait pas. Toujours, d'après Baum, des solutions à 2 p. 100 occasionnent, sur les muqueuses et sur les parties du corps recouvertes d'une peau fine, une sensation de brûlure et il peut y avoir production d'un érythème.

Quoi qu'il en soit, tous les chirurgiens ont noté qu'on n'a pas à craindre les effets si désagréables de l'acide phénique sur les mains.

Pregaldino a employé la créoline comme pansement dans des plaies et des opérations, et s'en est bien trouvé. Des injections à 1 1/2 p. 100 ont beaucoup diminué la fétidité des sécrétions de cancers utérins inopérables; dans l'intervalle des irrigations, le vagin était tamponné avec de l'ouate dégraissée trempée dans une solution à 2 p. 100.

Il a essayé des lavages de l'estomac avec une solution à 1/2 p. 100 dans un cas de dilatation cancéreuse, les lavages à la résorcine ayant échoué; un litre et demi de solution est laissé chaque jour un quart d'heure dans l'estomac. L'odeur putride a beaucoup diminué et il n'y a, après chaque lavage, qu'un mal de tête de courte durée.

Troncin et Georgesco ont fait de nombreuses expériences dans le service du professseur Assaki (de Bucharest). D'après eux, une solution à 5 p. 100 fait rapidement disparaître l'odeur repoussante des ulcères et des plaies gangréneuses, ainsi que celle des épithéliomas utérins ulcérés. La solution à 5 p. 100 est plus active que la liqueur de Van Swieten et que la solution phéniquée à 5 p. 100. Ceci résulte, entre autres, d'une observation très démonstrative de septicémie d'origine intra-utérine où les lavages cavitaires amenèrent immédiatement la disparition des phénomènes généraux et la chute de la température, alors que l'acide phénique et le sublimé s'étaient montrés impuissants. Sous l'influence de la créoline, les bourgeons charnus sont très excités et éliminent les eschares plus vite que lorsqu'ils sont pansés avec les autres antiseptiques. La solution est bien supérieure à l'iodoforme et à l'iodol contre les ulcères et les chancres.

La propriété euplastique favorisant la guérison des plaies est aussi reconnue par Neudorfer. Cette propriété, jointe à une action directe vaso-constrictive, ferait de la créoline un puissant styptique. Le même auteur a fait fabriquer des bougies fusibles à la créoline de 10 centim. de long, renfermant de 1 à 3 centig. de substance active et un peu de cocaïne, pour le traitement des uréthrites. Des injections uréthrales de 10 centim. cubes d'huile d'olive créolinée, seraient très utiles daes les blennorrhagies intenses. Neudorfer est très enthousiaste du nouveau produit pour la chirurgie de guerre. Il conseille, pour la désinfection des plaies et des ulcérations, une solution à 2 p. 100, pendant l'opération une solution à 1/2 p. 100, et, comme poudre vulnéraire, un mélange de créoline 2 p. 100 avec de l'acide borique.

Une solution à 2 p. 100 tue rapidement les pédiculi pubis (Baum). Heller, avec 5 ou 6 grammes en capsules de 1 gramme (3 par jour), a tué le tænia solium et les oxyures vermiculaires.

On s'en est également servi avec succès contre l'eczéma chronique; les formes sont celles de liniment créoliné, d'alcool créoliné (1 à 5 pour 10), etc.

Martini l'a essayée contre la tuberculose pulmonaire, 1 à 2 grammes par jour, sans le moindre succès.

Beaucoup d'auteurs ont employé la créoline dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge. Eitelberg l'a conseillée dans l'ozène, dont l'odeur est si souvent des plus difficiles à détruire et a en retiré de bons effets; l'action désinfectante est plus rapide et plus complète qu'avec la résorcine et l'acide phénique. Des solutions ont été aussi employées par lui dans différentes formes de rhinites sans qu'il se prononce sur leur valeur. Il faut retenir que, toutes les fois qu'un enfant peut avaler quelques gouttes de la solution employée pour désinfecter, la créoline est préférable vu son peu d'inconvénient. Eitelberg a échoué dans l'otite externe avec une pommade à 2 p. 100, tandis que ce même topique réussissait contre l'eczéma du conduit auditif.

Schnitzler a employé la créoline en gargarismes (1 p. 100 et 500) et badigeonnages (1 à 2 p. 100) dans les affections de la bouche où il y a lieu de combattre le développement de micro-organismes, dans les angines, le muguet. La tuberculose laryngée peut-être utilement combattue par des pulvérisations à 1 p. 1,000, des insufflations avec des poudres de 1 à 5 p. 100, des attouchements avec des solutions au même titre. Il conseille l'huile de menthe comme correctif.

Lichtwitz a eu de très bons résultats dans l'ozène vrai : douches nasales deux fois par jour avec des émulsions de créoline très faibles (3 à 5 gouttes ajoutées à un demi-litre d'eau salée tiède). L'action désinfectante est manifeste contre les épithéliomas de la langue et des mâchoires; du reste, Esmarch avait montré qu'en ajoutant l'eau créolinée (1 : 1,000) à des liquides en état de putréfaction extrême, toute odeur disparaissait instantanément; tandis qu'une solution phéniquée plus forte (1 : 100) n'avait diminué que faiblement la mauvaise odeur.

Des pharyngo-rhinites atrophiques, des rhinites fibrineuses ont été traitées avec succès. Lichtwitz a fait des tamponnements avec de l'ouate et de la gaze créolinée à 5 p. 100

après les opérations pratiquées dans les fosses nasales (cautérisation au galvano-cautère, extirpation de polypes), et il a pu se convaincre des qualités styptiques et cicatrisantes de la créoline. Dans plusieurs cas d'amygdalite folliculaire, il a eu recours aux gargarismes créolinés (1 : 100 à 200) et chez les enfants aux injections buccales d'eau créolinée (0,2 à 0,5 p. 100). Les follicules enflammés se nettoyaient vite, la langue saburrale prenait meilleur aspect et l'haleine perdait son odeur fétide.

Dans les otorrhées, le même auteur regarde la créoline comme un médicament commode à employer soit sous forme d'injections 1/1000 ou d'instillations 1/100 jusqu'à 5 p. 100. Lors de fétidité des sécrétions, son emploi sera naturellement très indiqué.

On ne saurait trop répéter que dans le nez il ne faut user que de solutions très diluées 1.5000; 1.2000. Six gouttes par litre d'eau tiède (20 à 22 gouttes font 1 gramme) provoquent déjà une sensation de brûlure intense quoique de courte durée et un enchifrènement passager des fosses nasales (Lichtwitz). Ces sensations se produisent chez tous les malades au début du traitement, mais au bout de quelques jours elles diminuent. L'eau additionnée de sel de 0,70 à 0,75 p. 100 et tiède (entre 37 et 42 degrés), atténue les inconvénients. Quand on emploiera les attouchements avec des solutions de 1 à 10 p. 100, il faudra cocaïner préalablement. Les muqueuses pharyngée et buccale supportent des solutions plus concentrées.

En chirurgie oculaire, la créoline a déjà été employée plusieurs fois. Grossmann a obtenu d'excellents résultats dans tous les cas de kératite avec ulcérations, ainsi que dans les ulcérations de nature scrofuleuse aiguës ou chroniques, soit centrales soit marginales, avec un succès égal (solution au centième précédée de cocaïne). Kamouroff a employé une solution aqueuse de 1 p. 100 dans 53 cas de différentes maladies des yeux. Sur huit cas de conjonctivite catarrhale, il a obtenu dans cinq cas une amélioration notable : diminution de la sécrétion, cicatrisation des ulcères de la cornée, chez deux le résultat est inconnu et enfin chez une malade de 65 ans le catarrhe s'est empiré et il s'est formé un nouvel ulcère de la cornée. Dans un cas de conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés d'une durée d'un mois, la créoline a augmenté la sécrétion; dans un autre cas de la même maladie, qui datait de trois semaines, elle s'est montrée supérieure au nitrate d'argent. Employée dans vingt-quatre cas de trachôme, elle a donné des améliorations incontestables dans quinze. Six fois elle est restée sans effet; deux fois elle a produit une forte irritation des yeux qui passa après cinq jours. Sur huit cas de conjonctivite phlycténulaire les résultats furent satisfaisants, surtout dans deux cas, et enfin dans un cas elle produisit une irritation de l'œil. Les résultats furent également bons dans deux cas d'ulcère de la cornée, mais on échoua contre les taies. Employée dans cinq cas de kératite parenchymateuse avec l'iode à l'intérieur et l'atropine dans quatre de ces cas, la photophobie et les larmoiements s'atténuèrent très vite et la cornée commença aussitôt à s'éclaircir. Dans le cinquième cas, l'amélioration obtenue ne fut pas concluante. Enfin, sur quatre cas de maladie des voies lacrymales, dans trois, la créoline ne produisit aucun effet, dans le quatrième elle contribua à la guérison d'une dacryocystite phlegmoneuse.

Mergel, avec l'émulsion à 1 p. 1000, n'a eu que des résultats insignifiants dans la conjonctivite catarrhale aiguë et nuls dans la forme chronique. Il regarde, par contre, le médicament comme extrêmement utile dans le trachome compliqué de pannus et d'ulcères. Ceux-ci se détergent et le pannus rétrograde; il est encore excellent contre l'ulcère à hypopion.

Enfin, Galezowski s'en est bien trouvé contre la kératite infectieuse à petites ulcérations persistantes. Il conseille : eau distillée, 10; créoline, 0,40, pour toucher l'ulcère deux fois par jour après anesthésie par la cocaïne et, de plus, des pulvérisations avec une solution de 0,50 pour 100 grammes d'eau.

L'obstétrique, elle aussi, n'a qu'à se louer de la créoline. Baumm a fait des expériences sur 40 cas; voici ses conclusions :

La créoline est à même de combattre les maladies puerpérales tout aussi bien que les autres antiseptiques en usage (solution de 1/2 à 2 p. 100); les déchirures du périnée et autres plaies de la muqueuse guérissent fort bien. Les fissures et excoriations des seins sont moins avantageusement modifiées par les compresses à la créoline (1/2 p. 100) que

par celles au sublimé (1 : 8,000 — 1 : 10,000). L'auteur n'a pas eu l'occasion de constater ses propriétés hémostatiques.

Born l'a employée dans 124 cas. Il attire tout particulièrement l'attention sur une propriété spéciale de la créoline. Après des injections faites avec des solutions d'acide phénique (3 : 100), et surtout de sublimé (1 : 2,000), on peut constater, outre l'augmentation de la sensibilité, un état rugueux et une rigidité spéciale du vagin, très désagréable lorsqu'il s'agit d'effectuer une manœuvre obstétricale. Avec les solutions de créoline, rien de pareil ne se produit; le vagin reste lisse, souple et dilatable comme avant les injections et, de plus, la sensibilité reste normale. Cette particularité est à prendre en considération pour tous ceux qui préconisent les injections avant l'expulsion de l'enfant.

Terminons en mentionnant une dernière qualité de la créoline, qui n'est pas la moins importante : elle coûte bon marché. Paul Chéron.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Brousse, agrégé, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Blaise, dont la délégation est expirée.

— Le mardi 14 décembre 1888, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, en 53 lots, des fournitures de substances pharmaceutiques et produits chimiques nécessaires au service de la pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1889.

S'adresser pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le lundi 19 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis et lundis suivants à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 18 novembre à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Les leçons auront plus particulièrement pour objet cette année l'étude comparative du « délire chronique à évolution systématique et des délires chez les héréditaires dégénérés ».

— M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1888, à quatre heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur a résumé l' « Histoire de l'ancienne Académie de chirurgie ».

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Causes, diagnostic et traitements de l'asthme chez les enfants.

Bon nombre de médecins qui ne se sont pas occupés spécialement des maladies de l'enfance croient que l'asthme est exceptionnel dans les premières années de la vie. Les auteurs les plus récents qui ont écrit sur la pédiatrie sont cependant d'accord pour déclarer que l'asthme s'observe assez souvent dans la seconde et même dans la première enfance. Un confrère de province, le docteur Chaumier, a pu sur un champ d'observation forcément limité en voir 6 cas au-dessous de 3 ans (Association pour l'avancement des sciences, Blois 1884).

Parmi les auteurs de traités des maladies des enfants, les uns consacrent à peine un court chapitre à cet état morbide en déclarant que l'asthme des enfants ne diffère pas de celui des adultes; les autres insistent au contraire sur les différences cliniques qui séparent les manifestations asthmatiques suivant l'âge des sujets.

Pourtant les travaux parus dans ces dernières années sur les phénomènes réflexes ayant leur point de départ dans l'irritation des voies respiratoires supérieures (muqueuse nasale et pharyngienne) ont donné naissance à des aperçus nouveaux sur la nature de certaines dyspnées asthmatiques ou asthmatiformes chez l'adulte, et il y a lieu de se demander si l'enfant n'y est pas aussi exposé (asthme d'origine nasale). D'autre part, on connaît depuis longtemps le retentissement des troubles digestifs et surtout gastriques sur l'appareil respiratoire (asthme dyspeptique). Ce sont là des chapitres intéressants, encore peu familiers aux praticiens et dont la lecture d'une publication récente de M. le professeur Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) nous donne occasion de parler (1).

I

Dans la huitième édition du *Traité* classique de M. le docteur Bouchut (1885), on lit que l'asthme des enfants « n'est jamais qu'un symptôme : 1° de la compression des bronches ou du nerf pneumogastrique par des tumeurs tuberculeuses ou par des abcès du médiastin ; 2° de la tuberculose pulmonaire; 3° de la bronchite chronique avec emphysème des poumons ; 4° des tumeurs du thymus comprimant la trachée; 5° enfin, des maladies organiques du cœur. » Si on compare cette énumération, faite par un auteur dont l'autorité et la compétence sont incontestées, à celle que nous trouvons

(1) *De l'asthme dans l'enfance et de son traitement.* Paris, O. Berthier, 1888.

dans le livre récent de M. Moncorvo, on verra combien l'ÉTIOLOGIE de l'asthme chez les enfants est devenue plus complexe dans ces dernières années; or la complexité de l'étiologie est ici d'autant plus importante qu'elle entraîne comme conséquences des indications thérapeutiques spéciales.

Il est inutile de rappeler les longues discussions auxquelles a donné naissance la nature de l'asthme; d'après l'opinion aujourd'hui admise par la grande majorité des auteurs, en tête desquels il convient de placer M. G. Sée, l'asthme est un type de névrose localisée et réflexe, caractérisée par le spasme inspiratoire accompagné presque toujours d'un trouble dans l'innervation sécrétoire de la muqueuse bronchique. « Chaque paroxysme est constitué par un cycle : une excitation centripète partant soit des branches terminales du pneumo-gastrique ou de ses congénères fonctionnels (olfactif, trijumeau, sympathique), soit des nerf cutanés, puis agissant sur le centre respiratoire pour y éveiller une incitation motrice par voie centrifuge, des muscles inspirateurs qui entrent en contraction plus ou moins prolongée. »

Cette *névrose pneumo-bulbaire* reconnaît, comme toute autre manifestation névropathique, des *causes prédisposantes*.

La prédominance anatomique et fonctionnelle de la moelle sur le cerveau dans les premiers temps de la vie font de l'enfant un prédisposé à tous les troubles réflexes, aux spasmes toniques comme la tétanie ainsi qu'aux spasmes cloniques comme l'éclampsie.

La fréquence des accès de dyspnée asthmatique chez lui est d'autant moins surprenante que le fonctionnement de son appareil respiratoire présente des caractères particuliers : la fréquence des mouvements respiratoires, qui est de 30 à 40 chez le nouveau-né, atteint encore 25 à 30 à l'âge de 5 ans, et le rythme de ces mouvements offre des irrégularités et des variations nombreuses. A la moindre émotion, peur, joie ou colère, sous les influences extérieures les plus minimes on voit les mouvements se ralentir ou se précipiter. Les deux temps de la respiration perdent leurs rapports physiologiques, quant à la durée, et il n'est pas nécessaire d'avoir ausculté un grand nombre d'enfants pour se rendre compte des perturbations incessantes du rythme chez eux. En 1886, M. Pereiro Pull publiait un mémoire sur l'apnée spasmodique des enfants, considérée comme un spasme fonctionnel des muscles de la cage thoracique et du diaphragme (1). Ne pourrait-on voir, dans cette apnée spasmodique, une des modalités de l'asthme infantile?

Etant admis que l'enfance est prédisposée à l'asthme, il est naturel que les enfants appartenant à des familles de névropathes présentent encore une prédisposition plus accentuée que d'autres. Quant à l'hérédité directe de l'asthme, admise par la plupart des auteurs, elle n'est pas constante et fatale. M. Moncorvo, notamment, cite des familles de six à quatorze enfants dont aucun ne présenta la moindre trace d'asthme, malgré que le père ou la mère fussent des asthmatiques invétérés. D'ailleurs il ne faut pas oublier que l'hérédité des manifestations neuro-arthritiques ressortissant au ralentissement de la nutrition est plus souvent alternante que similaire : asthme, migraine, obésité, diabète, lithiase, etc.

Seraient surtout aptes à devenir asthmatiques les enfants chétifs, ma-

(1) Analysé dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, p. 339.

lingres, mal nourris, rachitiques et syphilitiques, parce que leur système nerveux, devenu particulièrement impressionnable, réagit facilement aux excitations par la production de phénomènes spasmodiques des muscles striés ainsi que des muscles lisses : convulsions, tétanie, spasme glottique, laryngite striduleuse, incontinence nocturne d'urine, etc.

Passons aux *causes occasionnelles.*

L'excitation, qui, par l'intermédiaire du réflexe pneumo-bulbaire, aboutit à l'accès d'asthme, ne part presque jamais d'un point du névraxe; les auteurs ne signalent pas les dyspnées asthmatiformes dans les maladies de l'encéphale, de la moelle ni des méninges.

Mais l'excitation du *tégument cutané* est fréquemment en cause. Les enfants issus d'asthmatiques ont une tendance particulière dès leur naissance aux catarrhes aigus des voies respiratoires; il n'est pas rare que le coryza débute chez eux dès les premiers jours de la vie, récidive à la moindre influence du froid humide et au bout de quelques mois, ou de quelques années, vers 3 ou 5 ans des manifestations asthmatiques apparaissent. G. Sée, Gerhardt admettent le *froid humide* et les changements brusques de température comme des causes d'asthme.

Les enfants dont nous parlons, de familles arthritiques, sont en outre fréquemmment atteints de dermatoses; l'*eczéma* apparaît chez eux de bonne heure sous diverses formes sèches ou humides, localisées ou généralisées; le fonctionnement de leur peau est imparfait et il n'est pas rare de voir une relation s'établir entre ces manifestations cutanées et leurs catarrhes bronchitiques, qui peuvent coïncider ou alterner.

Les *irritations gastro-intestinales* peuvent être une cause provocatrice d'accès asthmatiques. Henoch, en 1876, a décrit d'une manière remarquable l'*asthme dyspeptique*; il cite des cas dans lesquels un enfant de 9 mois, et des enfants beaucoup plus âgés (9 ans), ont présenté des crises effroyables de dyspnée, avec cyanose, angoisse et petitesse du pouls sans que l'auscultation révélât du côté des poumons de signes suffisants pour expliquer cet état symptomatique; puis tout disparaissait après le rejet spontané d'aliments non digérés ou l'administration d'un vomitif. Silbermann, en 1882, a signalé des faits semblables; lui, il rattache l'accès dyspnéique à un désordre fonctionnel du vague éveillé par la présence d'aliments mal élaborés dans le tube digestif. Hénoch invoque un trouble vaso-moteur d'origine réflexe. Nous serions tenté d'y voir une manifestation d'auto-intoxication; car, chez l'adulte, M. Bouchard a signalé des crises asthmatiformes dans la dilatation de l'estomac, et deux enfants chez lesquels nous avons observé des accès de dyspnée nocturne avec angoisse, cyanose, pouls irrégulier et filiforme, avaient de la dilatation de l'estomac; chez l'un d'eux nous avons pratiqué le lavage de l'estomac, après avoir constaté que l'ipéca ne le faisait pas vomir, et nous n'avons pas vu reparaître les accès dyspnéiques les nuits suivantes.

Mais une autre classe de causes d'accidents asthmatiques bien digne de fixer l'attention est celle des *réflexes d'origine nasale et pharyngienne.* Quand Voltolini eut signalé des relations entre certains cas d'asthme et les polypes des fosses nasales, beaucoup d'observateurs confirmèrent la réalité de ces faits, et, plus d'une fois, l'ablation du polype fit disparaître l'asthme. Mackensie (de Baltimore) ajouta qu'il existe dans les fosses nasales des aires sensitives bien délimitées dont l'excitation provoque des phénomènes spasmodiques réflexes, notamment la toux quinteuse et doi-

nlâtre. D'autres observateurs, comme Hack, ont admis qu'il existait surtout en pareil cas de la congestion ou de l'inflammation chronique de la pituitaire (rhinite hypertrophique). Les faits si connus, où l'influence des odeurs sur la production d'accès d'asthme est évidente, plaident bien en faveur d'accès d'asthme d'origine nasale.

Plus récemment M. Ruault a attiré l'attention sur des réflexes d'*origine amygdalienne*, dont nous avons parlé en analysant la thèse de M. Balme, en sorte que l'hypertrophie amygdalienne chronique avec poussées aiguës intermittentes doit désormais être prise en considération au point de vue des causes d'accès asthmatiques, et nous ne sommes pas disposé à souscrire sans réserve à cette affirmation de Moncorvo, que la muqueuse nasale et pharyngienne n'est que très exceptionnellement le point de départ de crises asthmatiques.

Que le point de départ de l'irritation réflexe puisse être la *muqueuse bronchique* elle-même, c'est un fait incontestable et anciennement connu. L'inhalation de poussières, de fumée, de gaz méphitiques peut être cause d'accès d'asthme; elle provoque en général d'abord le catarrhe bronchique et la dyspnée spasmodique survient à l'occasion d'une provocation quelconque.

M. Moncorvo insiste d'une manière particulière sur deux causes d'asthme, qui ressortissent à l'*intoxication* (ou, pour mieux dire, à l'*infection*), la *malaria* et la *syphilis héréditaire*.

Observant à Rio-de-Janeiro, M. Moncorvo est mieux placé que n'importe qui pour apprécier l'importance du premier de ces facteurs. Mon premier et très aimé maître en médecine infantile, M. Jules Simon, qui a fait connaître plusieurs manifestations curieuses de la fièvre intermittente larvée chez les enfants, a raconté l'histoire d'un enfant de 3 ans 1/2 dont les accès de suffocation asthmatique cédèrent comme par enchantement à l'administration de la quinine. M. Moncorvo n'affirme pas que l'asthme idiopathique puisse survenir d'emblée sous l'influence directe et exclusive de l'intoxication palustre; quelquefois l'angoisse respiratoire coïncide avec l'accès fébrile, mais pas toujours. En tout cas, l'administration de la quinine aux enfants asthmatiques, dans les pays où dans les circonstances où on peut soupçonner l'influence malarique, est nettement indiquée.

Quant à l'influence de l'*hérédo-syphilis*, dont parle M. Moncorvo, elle se réduit à l'existence d'accès asthmatiques par adénopathie péribronchique survenant chez des enfants qui portaient des traces évidentes de l'infection syphilitique, et ne disparaissant qu'à la suite du traitement iodo-hydrargyrique prolongé. Presque la moitié des enfants asthmatiques observés par le professeur brésilien présentaient des signes non équivoques d'hérédo-syphilis. Outre le mécanisme de l'adénopathie, qui porterait sur les ganglions du médiastin comme elle fait sur les ganglions périphériques, la syphilis ne pourrait-elle pas, se demande M. Moncorvo, agir en créant une irritabilité anomale du névraxe, ainsi que le prouve la fréquence relative des névroses syphilitiques étudiées par Lancereaux, L. Gros, etc.?

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

THÉRAPEUTIQUE

De l'aliment le mieux approprié au traitement de la convalescence, à la suite des maladies infectieuses graves, telles que la fièvre typhoïde, etc...

Tout praticien sait combien il est difficile de nourrir les malades, au moment du retour de la santé. L'état de faiblesse et d'anémie dans lequel ils se trouvent rend l'indication nutritive des plus impératives. Et cependant le tube gastro-intestinal ne sécrète pas encore les sucs digestifs en quantité suffisante. Aussi, toute imprudence dans le régime amène-t-elle une rechute fatale. Qui n'a observé, à la suite de la fièvre typhoïde, ces amaigrissements aussi subits que rapides de tout l'organisme? Ils amènent une extrême faiblesse musculaire, accompagnés d'accidents nerveux les plus variés. Tantôt ce sont des contractions, des spasmes hystériques; d'autres fois, ce sont des névralgies intercostales, des paralysies sensoriales, de la paraplégie, de la paralysie du voile du palais; ou enfin des vésanies diverses.

Eh bien! le potage fait avec la tablette Rousseau, au bœuf condensé, évite non seulement ces dangers, mais abrège encore sensiblement la durée de la convalescence. Or, celle-ci est en rapport avec la longueur de la maladie, et peut persister des semaines, des mois entiers.

L'expérimentation clinique, faite à l'Hôtel-Dieu, fournit la preuve la plus manifeste de la puissance reconstituante de la tablette Rousseau.

Observation I. — C... (salle Saint-Christophe, lit n° 4). Hommes. — *Fièvre typhoïde*, intensité moyenne. — Durée vingt-deux jours sans phénomènes spéciaux. — Potages et lait. — Dès que la température fut tombée à 37°, on prescrivit d'abord pendant deux jours une demi-tablette le matin et autant le soir; puis, le troisième jour, une le matin et une le soir, puis des œufs, et, enfin, le régime ordinaire. — Sorti guéri dix jours après.

Obs. II. — T. Gouv..., 20 ans (salle Saint-Christophe, lit 18). — *Fièvre typhoïde* grave. — Durée vingt-six jours; phénomènes ataxo-adynamiques, diarrhée abondante. — Premier jour, à 37°, potages avec un œuf; le second jour, ainsi que le troisième, une demi-tablette; le malade la prend avec plaisir; aucune élévation thermique le soir, pas de pesanteur d'estomac. Deux tablettes par jour les deux jours suivants, puis nourriture ordinaire. — Exeat, guéri au milieu de septembre.

Obs. III. — Mehl..., 40 ans (salle Saint-Christophe, lit 26). — *Fièvre typhoïde* moyenne. — Alimentation avec les tablettes; une demi-tablette le matin et le soir pendant les premiers jours de la convalescence. Bien supportée, sans troubles gastriques ni élévation de température.

Obs. IV. — Baral..., 20 ans (salle Saint-Christophe, lit 27). — *Fièvre typhoïde* assez sérieuse. — Même emploi et mêmes résultats que pour le précédent.

Obs. V. — Ve..., 19 ans (salle Sainte-Jeanne, lit 4). Femmes. — *Fièvre typhoïde*, gravité moyenne. — Hémorrhagies intestinales à deux reprises vers le seizième jour. — Durée vingt-deux jours. — Pendant les quatre premiers jours de la convalescence, une demi-tablette matin et soir. Elle les prend avec plaisir, les digère bien et elles ne provoquent pas de diarrhée. On donne alors des œufs et un peu de pain, mais en continuant les tablettes Rousseau. Amélioration rapide.

Obs. VI. — Man..., 24 ans (salle Saint-Christophe, lit 16). — *Erysipèle* ambulant des plus graves; début par la face, ayant successivement envahi tou le corps. — Durée cinq semaines. Pendant la convalescence, très traînante à cause d'abcès sous-cutanés, le malade accepte et supporte fort bien une demi-tablette matin et soir comme potage et cela pendant une dizaine de jours. C'est la première et seule nourriture solide qu'il prend.

Ces expérimentations cliniques établissent donc d'une façon indéniable que la tablette

Rousseau au bœuf condensé nourrit les convalescents de façon à prévenir tout accident. Et, de fait, elle est un aliment protéique de premier ordre, d'une peptonisation rapide et complète, d'un dosage certain, d'une saveur agréable, d'une digestibilité et d'une tolérance parfaites.

Dès que la température est redescendue à 37° C., une demi-tablette est administrée, matin et soir, pendant quelques jours. Pour plus de sécurité, aussitôt après le potage, est donné au malade un verre à liqueur de vin de pepsine de bonne qualité. Alors, il y a certitude de n'avoir jamais aucune révolte de l'estomac. Après trois ou quatre jours de ce régime, hardiment est donnée, trois fois par jour, une demi-tablette. Enfin, vers le sixième ou septième jour, sont administrées, à des intervalles convenablement espacés, deux tablettes Rousseau et plus. Dr Is. David.

Des appareils plâtrés instantanés

Par le docteur Vernoy.

MM. L. et J. Rainal frères viennent de rendre à la chirurgie journalière un signalé service par l'invention d'un nouveau système d'appareils plâtrés que l'on peut, à bon droit, désigner sous le nom d'appareils instantanés.

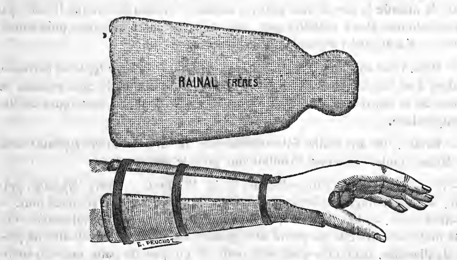
Ce sont en effet des appareils tout préparés d'une conservation indéfinie, d'un prix minime et d'une application extrêmement simple.

Une boîte en fer-blanc hermétiquement fermée et d'un transport facile, contient :

1° Les attelles plâtrées.
2° Les bandes de toile.
3° Les bandelettes de sparadrap.

Les appareils existent pour fracture de jambe, de cuisse et d'avant-bras de bras et de clavicule et sont tout préparés pour chaque âge depuis un an jusqu'à l'adulte.

Avec les nouveaux appareils, le chirurgien n'a plus l'ennui de délayer le plâtre. Il lui suffit d'imbiber les attelles à l'aide d'une éponge, jusqu'à ce qu'elles possèdent la consistance d'un cataplasme. Alors, il les applique sur le membre fracturé, et les maintient au moyen de la bande de toile.



Si l'on cherche à obtenir une solidification rapide (en une demi-heure) il est très important d'employer la totalité de la bande contenue dans la boîte. La bande est d'ailleurs supprimée lorsque l'appareil est solidifié : on la remplace par des bandelettes de sparadrap dont l'adaptation est plus étroite et plus parfaite.

Ces appareils s'appliquent toujours avec une rare facilité même lorsqu'ils sont confiés à des mains chirurgicalement peu expérimentées.

Les appareils plâtrés instantanés de Rainal frères, nous offrent les types les plus parfaits du système amovo inamovible, capable d'assurer la coaptation définitive.

Pour le traitement de la classique fracture de l'extrémité inférieure du radius, communément produite par la chute sur la paume de la main, nous avons plusieurs fois constaté la supériorité incontestable de ce nouveau système d'appareil plâtré instantané.

L'attelle attire pour ainsi dire automatiquementla main en dedans et lutte ainsi contre l'abduction en Z ; le fragment inférieur étant refoulé en avant et le supérieur en arrière. La déformation en dos de fourchette disparaît et s'aplatit graduellement.

Ces appareils peu coûteux et d'une application rapide ont été adoptés par les grandes manufactures, les usines et les hôpitaux civils et militaires.

Sur l'emploi du phosphate de chaux

Des documents encore récents ont établi que le phosphate de chaux n'est pas seulement le remède classique des affections du système osseux, mais encore et surtout un agent éminemment actif de la nutrition.

Il est peu de remèdes plus employés, mais il en est peu aussi qui donnent des résultats si différents. Cela tient à ce que nous le prescrivons sous des formes surannées ou inefficaces : chlorhydro-phosphate, lactophosphate, biphosphate, autant de mots, et rien de plus, désignant des mélanges plus ou moins acides de composition variable qu'on peut ainsi établir :

Chlorhydro-phosphate : *phosphate monocalcique* (1 équivalent). — Chlorure de calcium (2 équivalents). — Excès d'acide.

Lacto-phosphate : *phosphate monocalcique* (1 équivalent). — Lactate de chaux (2 équivalents). — Excès d'acide.

Biphosphate : *phosphate monocalcique.* — Excès d'acide.

Trois préparations dont le dosage est impossible puisqu'on ne peut sans les altérer profondément les amener à un état suffisant de concentration.

L'un d'eux le lacto-phosphate présente en outre une solubilité excessivement faible, puisque, à l'aide de l'acide lactique, même en excès, on ne peut faire entrer dans 100 grammes de sirop plus de 1 gramme de phosphate de chaux sec.

Ces mélanges n'ont et ne peuvent avoir qu'un effet désastreux : celui de mêler à un médicament essentiellement assimilable et digestif (phosphate monocalcique), un produit indigeste, soit le chlorure de calcium soit le lactate de chaux qui fatigue et abat le malade.

M. Rabuteau, dans un mémoire à l'Institut (10 février 1873) a démontré que le chlorure de calcium est un *poison des muscles.* Le lactate de chaux n'a pas été ménagé davantage par un auteur dont le nom est fort connu.

Quant à l'excès d'acide, il peut être plus funeste encore, car un expérimentateur consciencieux, le docteur Guichard, a prouvé, en opérant sur des animaux, qu'il provoque l'*inflammation* et l'ulcération des muqueuses de l'estomac.

La valeur thérapeutique du *phosphate monocalcique* se dégage de cet exposé : *il forme seul le principe actif des sels précédents dégagé de ce qui les rend nuisibles*; il représente l'état par lequel doivent passer tous les autres phosphates de chaux avant d'être absorbés, il est donc scientifiquement le seul phosphate de chaux *médicinal*, il représente ce sel à son maximum de puissance et de pureté.

Je ne parle ici, bien entendu, que du produit *cristallisé*, le seul qui m'ait donné dans ma pratique journalière les résultats remarquables que j'étais en droit d'en attendre dans les cas si nombreux où le phosphate de chaux est indiqué.

Il n'y a, d'ailleurs, que quelques années que la *cristallisation* de ce sel, indice précieux de sa pureté, a pu être réalisée par M. Barbarin qui en prépare aujourd'hui des quantités considérables dont il fait la base de trois préparations (*sirop, solution et vin de Barbarin*) qui sont appelées, je n'en doute pas, à remplacer dans un avenir prochain, les produits similaires qui doivent leurs propriétés bienfaisantes au seul phosphate monocalcique.

Dr Mosquinet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

SOMMAIRE : *L'hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — Traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques.*

M. MARIE a observé deux cas d'hémiplégie hystérique chez des ouvriers employés à la fabrication du sulfure de carbone. Il existait chez eux l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel avec macropsie et micropsie; ces symptômes ne permettent pas de douter que ces malades ne fussent des hystériques.

Il est singulier que les auteurs qui ont décrit l'intoxication par le sulfure de carbone n'aient pas songé qu'il pouvait s'agir d'hystérie. En se basant sur ses deux observations, sur celles qu'ont publiées Delpech, Bonnet, Huguier, M. Marie esquisse l'hystérie toxique sulfo-carbonée.

Troubles très marqués de la sensibilité générale et spéciale : hémianesthésies plus ou moins complètes, zones d'anesthésie non distribuées suivant le trajet des nerfs, mais limitées par une ligne circulaire passant à la racine des membres (anesthésie en gigot). Quelquefois hypéresthésie. Anesthésie de la cornée, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, macropsie ou micropsie. Diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Troubles moteurs : hémiplégie, paraplégie ou monoplégie occupant un membre entier ou un segment de membre, comme dans l'hystéro-traumatisme. Hémispasme glosso-labié.

Plus rares sont les attaques convulsives à forme hystérique : céphalalgies avec constriction et battements des tempes; cauchemars; émotivité excessive et tristesse.

Les accidents peuvent débuter et progresser insensiblement ou commencer brusquement par une apoplexie hystérique. L'un des malades observés par M. Marie, ayant presque terminé son travail, se sent tout à coup « échauffé aux bourses », achève cependant son ouvrage, mais, à ce moment, ressent « comme un coup sur la tête » et tombe sans connaissance. Après être resté une demi-heure dans cet état, « comme asphyxié », il revient à lui, regagne à pied son domicile, dort bien, mais le lendemain, en s'éveillant, éprouve des fourmillements dans le membre supérieur droit, qui, progressivement, se paralyse en trois ou quatre jours; le membre inférieur du même côté est paralysé seulement quelques jours plus tard.

La sensation anormale du côté des parties génitales, chaleur, froid, ou constriction, est une véritable aura hystérique; elle est connue de tous les ouvriers qui travaillent au sulfure de carbone; elle les avertit qu'ils doivent cesser immédiatement le travail et aller au grand air pour éviter des accidents plus ou moins graves.

On a signalé depuis longtemps des troubles génitaux dans l'hystérie sulfo-carbonée, excitation génitale ou impuissance, métrorrhagies.

M. Marie conclut que l'apparition de l'hystérie sous l'influence de l'intoxication sulfo-carbonée est indéniable; cependant tous les accidents nerveux observés chez les intoxiqués ne sont pas imputables à l'hystérie, et il y a certaines paralysies qui doivent être expliquées par des névrites périphériques.

— M. GAUCHER, qui a fait connaître précédemment les avantages de son traitement de l'angine diphthéritique par les cautérisations avec l'acide phénique concentré mêlé au camphre (17 guérisons sur 17 cas), communique les résultats obtenus avec la même méthode par le docteur Dubousquet (de Saint-Ouen).

Le docteur Dubousquet a traité, depuis 1884, 81 cas d'angine diphthéritique par les applications locales d'acide phénique. Ces 81 cas se répartissent ainsi : 30 enfants en bas âge, 31 enfants de 3 à 12 ans et 21 personnes âgées de 12 à 46 ans. Sur ces 81 cas, il y a eu 77 guérisons et 4 morts. Dans ces 4 derniers cas, c'est l'envahissement du larynx par les fausses membranes qui a été la cause de la mort. A ces 81 cas, M. Gau-

cher en ajoute un 82e personnel, qui a été également suivi de guérison; en ajoutant à ces 82 cas les 17 qu'il avait déjà recueillis, c'est un total de 99 angines diphthéritiques qui n'ont donné lieu qu'à 4 décès : soit une mortalité de 5 p. 100.

La simple constatation de ces chiffres paraît à M. Gaucher une démonstration de l'efficacité du mode de traitement qu'il préconise. Pour réussir, il faut que les attouchements de la gorge soient assez énergiques pour la débarrasser complètement des fausses membranes qui la tapissent; il faut, en outre, que ces attouchements soient répétés deux et souvent trois fois par jour. Il ne faut pas qu'ils soient abandonnés aux parents, toujours trop pusillanimes en pareille circonstance; c'est le médecin qui doit s'en charger. Il faut, en outre, faire pratiquer des irrigations d'eau phéniquée dans la bouche dans l'intervalle des cautérisations.

Ce traitement peut être appliqué chez les tout jeunes enfants, la pratique du docteur Dubousquet le démontre; à la vérité, il réussit chez eux un peu moins bien, mais seulement à canse de la plus grande tendance de la maladie à envahir le larynx.

L'acide phénique ne détermine pas plus de réaction que les autres agents généralement usités pour cautériser la gorge. Les urines deviennent souvent noires, ce qui prouve qu'il y a absorption, mais cette absorption n'est jamais assez considérable pour produire des effets toxiques.

M. Cadet de Gassicourt sait, par expérience, que ce traitement est parfaitement applicable chez les enfants; mais il vient d'échouer chez un de ses malades, très gravement atteint, il est vrai.

M. Gaucher répond que la mortalité est de 5 p. 100; il ne prétend point que le traitemeut soit infaillible.

M. Labbé redoute les cautérisations violentes et les dénudations épithéliales de la muqueuse qui peuvent ouvrir la porte à l'infection diphthéritique. L'acide chlorhydrique que préconisait Trousseau n'a jamais guéri personne.

M. Gaucher ne défend pas l'acide chlorhydrique qui est un caustique peu antiseptique; pourtant il lui doit la vie, ayant été guéri par ce moyen de la diphthérie à l'âge de 8 mois; mais il est convaincu que, pour réussir, les cautérisations antiseptiques doivent être très énergiques. — P. L. G.

VARIÉTÉS

LE SERVICE MÉDICAL DE LA PRINCIPAUTÉ DE BULGARIE.

En Bulgarie, la direction des affaires médicales relève du ministère de l'intérieur. Cette direction est assistée d'un conseil, dont font partie les trois médecins en chef de l'hôpital Alexandre à Sophia, le vétérinaire en chef et le directeur des affaires étrangères comme président.

Ce conseil est chargé de l'organisation du service sanitaire du pays en général, de l'hygiène publique, des affaires médico-légales, etc.

34 hôpitaux fonctionnent en Bulgarie.

De ces 34 hôpitaux, 6 sont de première classe et contiennent chacun plus de 100 lits. Ils sont installés dans les principales villes du pays, savoir : Sophia, Philippopoli, Varna, Roustchouk, Tirnova et Widdin. 17 hôpitaux sont de deuxième classe; ils contiennent plus de 50 lits et sont installés dans chaque district. Il y a 11 hôpitaux de troisième classe dans les principaux cantons.

Tous ces hôpitaux sont occupés actuellement par 1,700 lits. Leur administration revient à l'état, qui en supporte les frais. Chaque malade coûte 1 franc par jour, à part le traitement du personnel, qui fait partie des fonctionnaires de l'Etat.

En Bulgarie, il n'y a pas d'hôpitaux militaires, et il est prescrit aux médecins militaires de ne soigner dans les infirmeries de l'armée que les soldats atteints de légères blessures, ou d'indispositiou qui donnent comme maximum de température 37°,5.

Il n'y a pas d'Ecole de médecine dans ce pays, mais bien une Ecole pour la formation d'infirmiers et l'étude de la petite chirurgie. Cette Ecole décerne des diplômes après une application de deux ans et un examen devant un jury composé des médecins en chef de l'hôpital de Sophia. 100 médecins sont au service de l'Etat, dont 20 sont attachés spécialement aux hôpitaux, et 80 aux districts et aux cantons. Il y a ainsi trois catégories de médecins, à savoir : médecins des hôpitaux, médecins de district et médecins de canton, avec un traitement mensuel de 450, 400 et de 350 francs.

Les médecins sont chargés du service des hôpitaux, des mesures à prendre contre les épidémies, du service de l'hygiène publique et privée, examen des vivres, des logements, des prisons, vaccination, etc.

Les médecins diplômés de toutes les Facultés reconnues sont admis au service du gouvernement ou à la pratique civile, pourvu qu'ils soient munis du permis d'exercice dans le pays où ils ont obtenu le diplôme, à défaut de quoi ils sont soumis à un « colloquium ».

La principauté de Bulgarie dépense pour le service sanitaire en général la somme de 2 millions de francs, sur un budget de 40 à 50 millions.

Il n'existe pas de maladies spéciales au pays. La tuberculose est fréquente, comme ailleurs, dans les centres. Il en est de même de la fièvre typhoïde, qui n'a pas la même fréquence chaque année. Dans les districts marécageux, il y a des fièvres de malaria de toutes les formes. La syphilis existe dans le pays, mais elle est surtout observée dans les districts de Lom-Palanka et de Sevlievo, et notamm ent dans le canton de Troyan, où un syphilicôme vient d'être ouvert. Cette maladie a eu probablement son origine dans la guerre turco-russe.

La mortalité générale est de 28 p. 1000 environ.

L'hôpital Alexandre à Sophia, le plus vaste de tous les hôpitaux en Bulgarie, est bâti en maçonnerie sur une superficie de 40,000 mètres. Il est situé dans la plaine, à 2 kilotres environ de la ville actuelle. Il répond au système de pavillons séparés par un espace de plusieurs centaines de mètres, espace destiné à être transformé en jardin. Chaque pavillon est affecté spécialement aux maladies chirurgicales, maladies internes, maladies des femmes, maladies ordinaires, accouchements, affections mentales. Une bâtisse sert à l'administration de l'hôpital et à la pharmacie, qui sert en même temps de dépôt pour les médicaments dont tous les hôpitaux de la principauté sont fournis. A côté de la pharmacie, il y a le laboratoire pour les analyses chimiques, les études microscopiques et les enquêtes médico-légales.

Une salle de bains attenant aux cuisines et assez bien aménagée est au service non seulement des malades, mais aussi de la population moyennant une contribution.

Il reste encore à construire un pavillon pour les maladies éruptives contagieuses, ainsi qu'un amphithéâtre d'anatomie avec une chapelle.

L'hôpital Alexandre, dans les conditions présentes, n'a pas coûté moins de 1 million 500,000 francs. Malgré cette dépense, il présente des défauts, à savoir le manque d'une ventilation artificielle et le manque d'une salle convenable d'opérations. Les médecins de l'hôpital reconnaissent ces défauts et ils sont en instance auprès de l'administration pour y remédier.

Les soins aux malades sont donnés par des hommes et des femmes laïques et les six médecins qui sont attachés aux différents services, tous élèves des Facultés d'Allemagne et de Russie, appliquent dans la thérapeutique les méthodes de traitement les plus récentes. L'antisepsie est appliquée avec rigueur.

Stékoulis.

FORMULAIRE

Gouttes antigastralgiques. — Monin.

Teinture de valériane..................	āā 10 grammes.
Elixir parégorique....................	
Hydrolat de laurier-cerise.............	
Teinture de ciguë......................	5 —

Mêlez. — Sept gouttes dans un peu de lait, au moment où les douleurs d'estomac se font sentir. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le canton Pasteur. — Le gouvernement du Canada vient sur la proposition des députés de la province de Québec, de donner le nom de Pasteur à un canton du comté de Kamouraska. Ce canton est limitrophe de la province du Maine, qui appartient aux Etats-Unis.

Prescriptions en Alsace. — Les médecins d'Alsace-Lorraine sont prévenus que désormais ils auront à rédiger leurs ordonnances soit en latin, soit en langue allemande. Le français ne sera pas toléré en pays allemand.

COURRIER

Exercices physiques. — M. Bischoffheim vient de mettre à la disposition du ministre de l'Instruction publique une somme de 5,000 fr., pour être distribuée en un ou plusieurs prix destinés à récompenser les meilleurs travaux relatifs à l'établissement des jeux gymnastiques, notamment dans les établissements d'enseignement primaire. Parmi les membres de la commission chargée de fixer les conditions de ce concours, nous relevons les noms suivants : MM. Brouardel, Marey (de l'Institut), François-Franck (de l'Académie de médecine) et le docteur Lagrange. — Le *Comité pour la propagation des exercices physiques* a tenu une nouvelle séance ces jours-ci à la Sorbonne, sous la présidence de M. Jules Simon ; le Comité a pris connaissance des statuts de la Ligue nationale de l'éducation physique qui vient de se fonder ; après un échange d'observations entre MM. Gréard, Ribot, le docteur Javal, Godard, il a été reconnu que la Ligue poursuivait la réalisation d'un plan d'ensemble différent sur plusieurs points de l'œuvre pédagogique entreprise par le Comité ; le Comité a ensuite entendu la lecture d'un rapport du secrétaire général et a élu trois nouveaux membres, MM. A. Delaire, Richefeu et le docteur Lagrange. De ce Comité font partie MM. Ribot, Janssen, le docteur Javal, le docteur Lagneau, le docteur Rochard, MM. Gréard, Duruy, le professeur Brouardel, Godard, Picot, de l'Institut, etc.

Ligue nationale de l'éducation physique. — Le Comité d'initiative de la ligue a tenu, mercredi 31 octobre, à deux heures, une réunion plénière sous la présidence de M. Berthelot ; assesseurs : MM. Dietz-Monin et Ranc. La séance a été ouverte par un discours de M. Berthelot. Le président a ensuite donné la parole à M. Paschal Grousset, secrétaire général du Comité, qui a communiqué à l'assemblée un très grand nombre de lettres d'adhésion parvenues au siège social de la ligne, 51, rue Vivienne.

A la suite de cette lecture, l'assemblée est passée à la discussion des statuts. Le texte de ces statuts. une fois adopté, le comité d'initiative a constitué son bureau provisoire, composé ainsi qu'il suit : président, M. Berthelot ; vice-présidents, MM. Clémenceau, Anatole de la Forge, Jean Macé, Alf. Mézières, amiral Peyron, J. Sansbœuf ; secrétaire général, M. Paschal Grousset. (*Progrès médical.*)

Faculté de médecine de Nancy. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888.

Première année : prix, M. Voirin ; mention honorable, M. Dettling. — Deuxième et troisième années : prix, M. Thomas ; première mention honorable, M. Duffner ; deuxième mention honorable, M. Thiébault. — Quatrième année, chirurgie : M. Riche ; médecine : mention très honorable, M. Senique.

Prix Bénit : prix, M. de Langenhagen ; mention honorable, M. Simon.

Prix de thèses : prix, M. de Langenhagen. — Mentions : 1° MM. Hecht, 2° Jeannot, 3° Claude, 4° Sturel, 5° Rémond, 6° Guirlet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les concours de clinique chirurgicale et ophthalmologique viennent de se terminer, M. Vallas est nommé chef de clinique chirurgicale et M. Meurer chef de clinique ophthalmologique.

ÉPIDÉMIE. — Une épidémie de choléra des plus violentes sévit dans les environs de Tien-Tsin et jusqu'au littoral. Les victimes sont très nombreuses. En même temps, une épidémie d'un autre genre a troublé le repos des habitants de Tien-Tsin. Des nuées de moustiques se sont abattues sur la ville et ont tout envahi. Les journaux de la localité disent que le meilleur moyen pour se mettre à l'abri de ces insectes désagréables est de brûler du camphre. Les moustiques disparaissent comme par enchantement et tant que l'odeur du camphre persiste dans une chambre, ils se gardent d'y paraître. On peut même, disent nos confrères d'Extrême-Orient, laisser alors impunément les fenêtres ouvertes et avoir de la lumière. (*Progrès médical.*)

LEGS PEDRO FRANCISCO DE ALVARENGA. — Le Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses, charges et conditions imposées, le legs de sept contos de reis d'inscriptions nominatives de la Junte du crédit public portugais que lui a fait le sieur Pedro Francisco de Alvarenga, de Lisbonne. Le produit de ce legs sera placé en rente 3 p. 100 sur l'Etat français avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages à la fondation d'un prix annuel dit *Prix Alvarenga de Pianhy* (Brésil), qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou de la meilleure œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE MARITIME, *L. d'Alger*. — Un laboratoire de zoologie maritime vient d'être créé à Alger, grâce à l'initiative de M. le docteur Camille Viguier, qui vient d'en publier la description dans la *Nature* du 20 octobre 1888. Il est situé à l'extrémité ouest de la baie d'Alger.

— M. le professeur Ball a repris son cours de clinique dimanche matin, à l'asile Sainte-Anne, au milieu d'un nombreux auditoire de collègues et d'élèves. — Il a commencé une série de leçons sur la folie de la persécution, sujet qui emprunte une actualité toute spéciale aux débats qui se sont élevés depuis deux ans dans les sociétés savantes sur ce point de la pathologie mentale. — Voici le programme du cours : les vrais persécutés (sujet traité dans la première leçon); les persécutés ambitieux; les persécutés persécuteurs; la folie à deux ou folie communiquée; les idées de persécution : alcooliques, débiles, paralytiques généraux, déments séniles, hypochondriaques, etc.

— Le cours de médecine légale pratique a lieu à la Morgue les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à deux heures de l'après-midi. — Les mercredis, M. le professeur Brouardel; les vendredis, M. le docteur Descoust; les lundis, M. le docteur Vibert.

Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, ont commencé samedi (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) au laboratoire de toxicologie. Elles auront lieu les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert; les samedis à trois heures : M. Ogier. Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

LEÇON D'OUVERTURE

Les types cardiaques.

Messieurs,

J'ai l'intention d'exposer cette année, dans le premier semestre, l'histoire des maladies du cœur. Le second semestre sera, comme d'habitude, consacré à la thérapeutique. Quand je dis que nous ferons de la thérapeutique vous entendez bien qu'il ne sera pas question de la douce-amère ni du bouillon blanc, mais des vingt-cinq ou trente médicaments qu'il faut qu'un médecin connaisse bien ; les autres ne sont employés que par les médicastres. La thérapeutique ne peut être basée que sur l'expérimentation physiologique des médicaments, aussi appuierons-nous toutes nos recherches sur les expériences faites sur les animaux. Mais revenons à l'objet de la première partie du cours.

Que penseriez-vous si je vous disais tout d'abord qu'il n'y a qu'une ou tout au plus deux maladies du cœur? Cela vous semblerait une grande simplification, n'est-ce pas? Eh bien! cela est.

Dans les livres on décrit quinze, vingt, trente maladies cardiaques, qui n'ont pas l'air de se tenir, qui semblent étrangères les unes aux autres. Je rectifie cette erreur aujourd'hui pour la première fois ou plutôt pour la deuxième, car j'ai déjà élucidé ce point de pathologie dans mon livre sur l'hygiène thérapeutique. Là, en quelques pages, toutes les maladies du cœur sont exposées sous forme de types cliniques.

Quand on n'a à considérer qu'une ou deux causes, cela simplifie beaucoup une question; je vais donc démontrer qu'il en est bien ainsi.

Il est possible que du point de départ dérivent des types qui, au premier abord, ont l'air complètement étrangers, car ce point de départ de toutes les maladies du cœur, c'est l'endocardite. Comment, direz-vous, une endocardite donnerait des hypertrophies, des dilatations, des dégénérescences, etc.! Oui.

En effet, qu'est-ce que cette endocardite?

Tout d'abord, le mot est mauvais et exprime autre chose que ce qu'il a l'air de vouloir dire. Il est mauvais parce que la maladie est tout, sauf une inflammation, c'est une *endocardie*.

Il n'y a pas trace d'inflammation pas plus que dans l'artérite que l'on doit aussi appeler artérie, comme nous le prouverons. Et ce n'est pas là

seulement une question de mot, car, contre une inflammation on arrivera avec tout l'appareil ant.phlogistique, saignées, vésicatoires, pointes de feu, séton, etc.

On doit dire endartéries, endocardies, aorties, car cette fameuse aortite personne ne l'a jamais vue. On a vu dans les parois de l'aorte des abcès et d'autres lésions qui ont l'air de se rapporter à l'inflammation. Mais, aujourd'hui, il n'existe plus d'abcès dans le processus inflammatoire et mon collègue, M. Verneuil, a décrit une demi-douzaine d'espèces d'abcès chirurgicaux. Au fond de tout cela il n'y a qu'une chose : le *microbe*.

Toutes ces affections sont microbiques; si le mot vous déplait, disons parasitaires, bactériennes.

Il y a longtemps que l'on soupçonnait certaines formes, surtout les ulcéreuses, tandis que les autres étaient regardés comme inflammatoires.

Cette endocardie microbique, c'est elle qui domine en grande partie la pathologie cardiaque.

Voulez-vous des preuves? Nous allons les trouver dans les causes habituelles de l'endocardie. Le froid, vous le savez, a perdu beaucoup de son importance dans l'étiologie et vous vous rappelez combien son rôle est effacé dans la pneumonie. Il faut, dans tout cela, trouver le microbe. Or, la cause la plus habituelle des endocardies est le rhumatisme. Mais le rhumatisme est-il donc microbique? Oui. Il a son microbe de l'avenir quant aux articulations, il l'a dès à présent pour l'endocardie rhumatique. Ceux de la scarlatine, de la syphilis sont-ils plus connus? Pour la tuberculose on est resté vingt-quatre ans après la découverte de Villemain à la croire virulente et il n'y a que quatre ans et demi que l'on connaît le bacille.

Quand une maladie se comporte comme une maladie infectieuse, on doit admettre qu'il y a un microbe.

Le rhumatisme tue rarement, on n'est guère autorisé à rechercher le microbe pendant la vie dans le liquide intra-articulaire; il faut donc que le malade meure, ce qui se voit surtout lors d'endocardie et alors on trouve des microbes dans cette dernière.

Voici une maladie que l'on doit regarder comme microbique, alors qu'autrefois on la considèrait comme type des affections inflammatoires.

Il y a un mot qui traîne dans la fange médicale, l'arthritisme. On a déjà démoli toutes les diathèses; la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme. L'asthritisme seul resterait comprenant la goutte, le rhumatisme, le rhumatisme chronique, la calvitie. Quel rapport cependant cette dernière a-t-elle avec des lésions articulaires? Personne n'en sait rien. Depuis la naissance jusqu'à la mort l'arthritisme forme un tableau pittoresque et, comme les malades qui en sont atteints vivent très longtemps, on place encore dans le cadre de la diathèse l'artério-sclérose que l'on rencontre si souvent dans l'âge avancé. L'arthritisme n'existe pas, c'est du rhumatisme articulaire, de la goutte par excès ou défaut d'alimentation, etc., il faut le rejeter.

Mais actuellement on ne peut faire disparaître ce mot de la médecine, car en même temps on tuerait une grande quantité d'eaux minérales et les médecins qui les exploitent.

Reprenons l'étude des causes de l'endocardie.

Sur 10 endocardies, 8 ou 9 sont d'origine rhumatismale. Quelles sont les autres causes les plus habituelles? Landouzy et Siredey ont récemment montré avec talent l'influence de la fièvre typhoïde sur le cœur et les artères.

Les typhiques ne sont pas guéris quand la maladie semble avoir épuisé sa force. Après 1 an, 4 ans, 10 ans, ils présentent des troubles cardiaques dus aux endocardites.

La chorée qui naît du rhumatisme deux fois sur cinq, et non cinq fois sur cinq, comme on me l'a fait dire à tort, peut causer l'endocardite qui ne se manifeste parfois que bien des années plus tard.

La diphthérie, l'accouchement peuvent souvent être invoqués. Pour les femmes en couches, en dehors de l'endocardie ulcéreuse qui tue facilement, il peut n'y avoir qu'une endocardie verruqueuse qui ne se décèle que quelque temps après sa cause.

Et la pneumonie, cette vieille inflammation que l'on attribuait si bien au froid et dont Talamon a trouvé le vrai microbe, ce n'est plus une inflammation, à moins qu'on n'appelle ainsi les effets des microbes. Ces microbes, ils peuvent se diffuser et aller dans les méninges, dans l'endocarde, quelquefois même sans passer par le poumon. La définition de la pneumonie, je le rappelle, doit être la suivante : c'est une maladie locale, infectieuse, microbique qui peut devenir infectante.

La scarlatine est une des maladies les plus endocardigènes, de même qu'elle est rhumatogène. Quelqu'un a-t-il vu son microbe?

Enfin peut-être faut-il invoquer cette vieille syphilis? Naturellement ce ne sera pas pour adopter de nouveau l'opinion de Corvisart qui avait rapproché les végétations de l'endocarde de celles du gland.

L'endocardie est une, elle est microbique. En dehors d'elle, on ne trouve presque plus rien, sauf quand il y a propagation des artères malades, sclérosées aux parties du cœur en corrélation avec elles ; insuffisance aortique par propagation. Mais, il faut le dire de suite, toutes les maladies des valvules aortiques ne sont pas dues à la propagation, cela ne se voit guère et peut-être seulement que chez les vieillards. L'insuffisance aortique rhumatique est fréquente chez le jeune homme.

Il y a donc une seule exception. En dehors d'elle, toutes les affections du cœur sont dépendantes de l'endocardie microbique.

Les endocardies chroniques ressemblent tout à fait, par leur origine et leur texture, aux endocardies récentes. Endocardies aiguës, subaiguës, à rechutes, chroniques, se suivent sans hiatus. Ce sont là les mêmes lésions portant sur les mêmes éléments dans les mêmes points. L'analogie continue jusqu'à ce qu'il se fasse du tissu cellulaire nouveau ou que celui qui existe augmente. A partir de ce moment, une lésion valvaire apparaît, mais elle n'est qu'une phase de l'endocardie. Donc l'endocardie aiguë se transforme en endocardie chronique et celle-ci en lésion valvulaire.

Ce sont là les deux premiers types cardiaques qui sont aussi sans transition. Premier type : endocardie aiguë ; deuxième type : lésions valvulaires.

N'en restons pas là.

Le troisième type est le type artérique qui offre les plus grandes connexions avec le premier. L'affection des artères n'est pas une inflammation, on retrouve là des lésions analogues à celles que je vous ai mentionnées pour l'endocarde. Sclérose, formation de tissu conjonctif dans les trois membranes, etc. Ce troisième type est le point de départ d'une étude des plus intéressantes. Il domine la vie, toute l'existence, toute la médecine!

Lorsque les artères portent sur ce que nous appelons les artères coronaires, les nourricières du cœur, tout l'édifice est ébranlé. Il y a treize ans,

ainsi qu'en témoigne le *Journal des Connaissances médicales*, j'ai publié une observation dans laquelle on trouve décrits les rapports de la sclérose coronaire avec l'angine de poitrine. Beaucoup se sont attribué la découverte après avoir d'abord reconnu qu'elle m'appartenait; presque tout le monde a un âge où il survient des dégénérescences fibro-graisseuses et autres. C'est là le quatrième type qui a une importance extrême.

On a dit que l'angine de poitrine pouvait guérir par les iodures et la trinitrine. Mais la véritable angine de poitrine résulte de l'artério-sclérose, et, de celle-là, je demande qu'on m'en montre une guérie. Cette artério-sclérose est très commune, on la rencontre même de bonne heure chez les gens vieux avant l'âge. A un moment donné, c'est là qu'est le danger, car le cœur s'anémie, s'ischémie, dégénère, M. Brouardel a bien reconnu l'importance de ces lésions dans la pathogénie de la mort subite sur la voie publique. Souvent il y a en même temps des lésions du cœur, des thrombus sur l'endocarde.

Ce sont ces thrombus qui ont trompé maintes fois le public médical; appliqués aux valvules, on les a pris pour des marques d'inflammation. Ils peuvent donner naissance à des embolies coronaires.

L'artério-sclérose domine la pathologie cardio-vasculaire et ce type est l'équivalent du premier comme importance.

Le cinquième type renferme les dégénérations du myocarde par artério-sclérose ou autres causes.

Le sixième type se relie facilement aux lésions valvulaires; il comprend les dilatations et les hypertrophies cardiaques.

Nous avons fait, Gley et moi, des lésions valvulaires artificielles et l'hypertrophie est loin d'y être constante. Chez l'homme dans le rétrécissement mitral qui est très fréquent il n'y a pas d'hypertrophie. Quand elle apparaît lors de l'évolution d'une lésion valvulaire, on l'a appelée providentielle, compensatrice. Si vous me permettez une comparaison grossière, je vous rappellerai ce qui se passe dans le biceps d'un forgeron qui s'accommode au travail qu'il a à accomplir. De même, le cœur en présence d'un obstacle, travaille plus et s'hypertrophie. Cette hypertrophie n'est providentielle que jusqu'à un certain point, car, à un moment donné, le muscle dégénère comme dans le cinquième type et alors il peut y avoir une dilatation. Vous pensez bien que, de plus, l'artérie coronaire est fréquente.

Mon septième type se rapporte au myocarde, à ses nerfs et aux nerfs du cœur. Il y a toute une série de maladies décrites à part qui y rentrent. A côté des nerfs il y a le muscle cardiaque qui a des qualités spéciales, particulières, se règle lui-même. Les nerfs ne sont guère là que pour régulariser le mouvement dans certains cas. Tantôt le cœur sera ralenti, tantôt accéléré, tantôt arythmique. La palpitation, le cœur forcé qui se voit chez les adultes qui ont trop travaillé rentrent dans ce type.

Je crois devoir, à ce propos, signaler à l'attention du public et du gouvernement une société qui vient de se former sous la direction de beaucoup de nos grands hommes pour développer l'éducation physique des enfants. Il y a là une distinction bien importante à faire, car, si de huit à douze ans vous soumettez ces enfants à des efforts constants, vous leur surmènerez le cœur au moment même où ils ont de l'hypertrophie de croissance. Plus tard, à partir de treize à quatorze ans le danger est moindre, mais il serait cependant à mon avis préférable, avant de demander aux collégiens des efforts excessifs, de se préoccuper d'améliorer leur nourriture

Je terminerai cette énumération des types cardiaques en vous signalant les cœurs nerveusement épuisés.

Le huitième type renfermera les affections anévrysmatiques du cœur et de l'aorte, les thromboses et les embolies.

Enfin, dans le neuvième se rangent les péricardites que leur origine si fréquemment microbique rattache facilement aux endocardites.

Je ne vous demande, Messieurs, que de la patience et de l'attention pour passer tout cela en revue avec vous et pour vous faire connaître la pathologie cardiaque tout entière sous forme de types cliniques.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE AOUT 1888.

A propos du traitement de l'avortement par la quinine, par le docteur MISRACHI (de Salonique) — Nous avons signalé dans la précédente revue le travail du docteur Cordes (de Genève) sur le sulfate de quinine considéré comme utéro-moteur. Nous avons rappelé que ce médicament avait été plusieurs fois essayé inutilement pour provoquer le travail, en ajoutant que peut-être le sulfate de quinine agissait sur certains utérus, pour exciter les contractions et non pour les déterminer, mais que nous n'étions pas en mesure de trancher la question. Le docteur Misrachi (de Salonique) combat énergiquement, c'est-à-dire par les faits, les propositions du docteur Cordes. Le docteur Misrachi est bien placé pour observer l'action du surfate de quinine, « car dans son pays tout le monde a de la fièvre, et les femmes grosses en prennent des doses variant de 1 gr. 20 à 1 gr. 50 sans consulter le médecin. » Or, on n'a jamais cité un cas, ajoute notre honorable confrère, où l'interruption de la grossesse ait pu être imputée irréfutablement à la quinine.

Telle est l'opinion du docteur Misrachi sur l'effet du sulfate de quinine quand l'utérus gravide est au repos. Quant à l'effet que le sulfate de quinine pourrait avoir sur un utérus qui se contracte, le docteur Misrachi rejette encore absolument la proposition du docteur Cordes. Si, en effet, dans quelques cas, on voit les fausse couches se terminer rapidement après l'administration d'une ou deux doses de quinine », il en est d'autres *où l'avortement s'éternise malgré l'administration prolongée du médicament*, et ceux-ci sont tellement plus nombreux qu'on ne peut se dispenser de songer à une simple coïncidence et rien de plus.

Enfin le docteur Misrachi conclut à l'inefficacité habituelle, sinon constante, de la quinine.

De l'application du forceps au détroit supérieur, par G. LEPAGE, ancien interne de la Maternité de Lariboisière. — Nous analyserons un peu longuement ce travail. Il offre un haut intérêt pratique et a été traité par l'auteur avec l'esprit clinique qui distingue le chef du service des femmes en couches de l'hôpital Lariboisière.

Les conclusions du docteur Lepage sont les suivantes :

Lorsque dans une présentation du sommet, la tête est au niveau ou au-dessus du détroit supérieur, on peut, avec le forceps Tarnier, la saisir régulièrement, l'entraîner suivant l'axe du bassin en lui laissant une mobilité suffisante et directrice.

Le fait est parfaitement exact et démontré par de nombreux exemples empruntés à la clientèle urbaine et hospitalière du docteur Pinard, sans compter ceux que M. Lepage doit à d'autres opérateurs inspirés par la même méthode. Pour notre part, nous lui en avons fourni un. Dans ce cas, l'application de l'instrument fut faite régulièrement, sans difficulté. Au début des tractions, une branche se trouvait derrière la symphyse du pubis, l'autre en arrière. L'extraction eut lieu lentement avec une progression constante au grand étonnement de la sage-femme en chef de la Clinique qui avait vu dans les années précé-

dentes quatre applications de forceps très laborieuses pratiquées sur la même femme et suivies de l'insuccès le plus complet, puisque dans les quatre cas l'enfant naquit mort ou mourant. Cette fois l'enfant vint au monde en parfaite santé. Il pesait 3 kilog. Le diamètre pariétal mesurait 8 cent. 1/2. L'accouchement devait avoir lieu, d'après le calendrier que nous avons publié dans l'*Union*, du 23 novembre au 12 décembre. Il fut provoqué le 12 novembre et terminé le 14. Sur les quatre accouchements précédents faits à l'aide du forceps, deux avaient été provoqués de sept à huit mois. Il est permis d'en conclure qu'au point de vue du volume de l'enfant les opérateurs se trouvaient dans de meilleures conditions que nous qui avions à extraire un enfant de huit mois au moins à en juger d'après notre calendrier, et de huit mois et demi à en juger par les dimensions de diamètre bipariétal. L'enfant, comme nous l'avons dit, fut saisi régulièrement, une cuiller sur chaque joue.

On comprend, dès lors, toute la valeur de la méthode. Saisir régulièrement la tête du fœtus a une importance capitale, car le forceps n'est un instrument inoffensif qu'à cette condition. En effet, toutes les fois que la saisie est irrégulière, l'instrument détermine des compressions trop souvent mortelles.

Le docteur Lepage a donc bien fait de choisir comme sujet de thèse l'application du orceps au détroit supérieur, sujet essentiellement pratique et de démontrer que la saisie régulière de la tête dans ces conditions était non pas impossible, comme le disent les auteurs, mais au contraire possible et même relativement facile, à condition d'opérer comme on doit opérer, *prudemment et en voyant clair du bout des doigts*. C'est là que sont les yeux de l'accoucheur.

Le docteur Lepage étudie d'abord la descente de la tête dans les bassins rétrécis. La tête s'offre transversalement. Elle tend à mettre son diamètre bitemporal dans le diamètre promonto-pubien à la place du diamètre bipariétal qui a 1 centimètre de plus, et elle s'incline sur le pariétal postérieur de façon que la bosse pariétale du même côté descende dans l'excavation avant la bosse antérieure. Il en résulte souvent une petite difficulté pour l'introduction des cuillers, difficulté sur laquelle nous reviendrons en décrivant l'opération.

Voici comment celle-ci doit être pratiquée :

Soins préliminaires. — Antisepsie rigoureuse. Bons aides. Lit élevé, car les tractions se font d'abord directement en bas.

Choix de l'instrument. — Le forceps Tarnier, qui seul laisse à la tête la mobilité indispensable pendant le parcours du canal pelvien, et qui indique dans quel sens les tractions doivent être faites, doit être préféré au forceps de Levret.

OPÉRATION. — *Premier temps : Introduction de la main.* — Il faut introduire la main, toute la main, une partie même de l'avant-bras, dit le docteur Pinard, si la chose est nécessaire, directement en arrière sur la face antérieure du sacrum. On fait pénétrer la main jusqu'à ce que l'extrémité des doigts ait senti nettement l'oreille du fœtus. A ce moment, on sait où la cuiller postérieure doit être placée et on saisit cette cuiller pour l'introduire avec la main qui est restée libre. Il va sans dire que la main introduite sera la main droite pour la position gauche, et la main gauche pour la position droite.

Deuxième temps : Introduction et placement de la première branche. — On introduit la cuiller doucement, comme un cathéter, le bec rasant la face palmaire de la main et la ace antérieure de l'avant-bras, si le pouce est dans les voies génitales. On ne relève ou n'abaisse le manche de l'instrument qu'autant qu'il est nécessaire pour que le bec de la cuiller rase constamment la face palmaire de la main. On enfonce la cuiller jusqu'à ce qu'elle ait dépassé l'oreille.

On s'est bien rendu compte, dit le docteur Lepage, du degré de flexion de la tête par la situation des fontanelles, et si elle est peu fléchie, on doit porter le manche de l'instrument du côté où se trouve l'occiput de façon que les tractions aient pour premier résultat de compléter la flexion.

La première branche ainsi placée, on retire doucement la main et on confie le manche de l'instrument à un aide capable de le maintenir solidement dans la situation où l'opérateur l'a placé.

Troisième temps : Introduction de l'autre main et placement de la seconde branche. — On introduit doucement l'autre main par-dessus la cuiller restée en place. Celle-ci gêne l'opérateur, et quelquefois comprime douloureusement la main qui repose sur elle. L'accoucheur glisse alors la seconde branche sur cette main en suivant les règles d'introduction de la première.

Mêmes précautions; même chemin; directement en arrière jusqu'à la paroi postérieure du bassin. *Alors seulement* on abaisse un peu le manche de la branche en même temps qu'avec les doigts de la main enfoncée dans le bassin, on presse sur le bord convexe de la cuiller, que l'on ramène ainsi peu à peu en avant jusqu'à ce qu'elle ait atteint la ligne médiane, ou à peu près. D'ordinaire, cette branche est introduite plus profondément que la postérieure. Si l'on tire alors en bas, dit le docteur Lepage, cette seconde branche, en l'arc-boutant légèrement contre la symphyse, on détruit alors l'obliquité de la tête, ou mieux son inclinaison. L'une des branches vient d'agir comme un levier. Le fait est rigoureusement observé, et nous ajouterons qu'à notre avis, il vaut mieux repousser dans l'utérus la branche postérieure moins profondément introduite. Il y a toujours avantage à placer le forceps aussi loin que possible. On évite ainsi les compressions faites par le bec des cuillers qui s'enfoncent dans les tissus fœtaux.

Le conseil n'est pas classique, puisqu'il est écrit dans les auteurs : retirez la branche la plus profondément introduite jusqu'à ce que la mortaise et le pivot soient sur le même plan. A notre avis, il n'y a au contraire aucun inconvénient à pousser vers le fond des organes la cuiller postérieure, si elle est poussée avec un doigt comme un catéther que l'utérus aspire. Tous ceux qui ont appliqué fréquemment le forceps savent que les blessures produites par cet instrument siègent au niveau du bec des cuillers. Rarement doubles, elles sont d'habitude unilatérales, pour me servir d'une expression du docteur Poullet (de Lyon). Ces blessures ont deux causes : 1° le forceps n'a pas été assez profondément introduit, ou a été irrégulièrement placé; dans ce cas, les lésions peuvent être doubles; 2° le forceps a été introduit à une profondeur suffisante, l'application est régulière, mais les tractions ne sont pas faites dans la direction convenable, la cuiller antérieure fait levier et contond plus ou moins les régions fœtales; dans ce cas, les lésions sont donc unilatérales. On ne peut, que je sache, empêcher les blessures de cette nature; mais on remédie à la première cause en plaçant, toutes les fois qu'on le peut, les cuillers très profondément et en repoussant *comme un cathéter* la cuiller la moins introduite au lieu de retirer celle qui est plus profondement placée, pour mettre le pivot dans la mortaise.

Quatrième temps : articulation. — Serrez suffisamment la vis du pression sans violence mais aussi sans timidité. Libérez les tiges de traction dont l'extrémité se trouve souvent dans le vagin. Placez le tracteur.

Cinquième temps : extraction. — Avant de commencer les tractions on s'assure, dit M. Lepage, avec les auteurs, que la tête est *saisie, bien saisie, seule saisie*. Nous nous permettrons de faire observer que, si l'on a suivi les règles données par M. Lepage lui même, on a toujours saisi la tête, on l'a bien saisie, et on n'a saisi qu'elle. Il n'en est pas de même quand on introduit deux doigts dans le vagin, quand on place les cuillers à l'aventure, et quand on ne les place pas profondément.

On se laisse guider pour les tractions par les branches du forceps; c'est le bassin et la tête fœtale qui orientent l'instrument. On voit les manches du forceps s'incliner en arrière jusqu'à ce que la bosse pariétale antérieure ait franchi la symphyse.

Il importe, pendant les tractions, de surveiller la vis de pression. Il faut la serrer à nouveau; sans cette précaution, l'instrument dérape. On l'accuse à tort de cet accident, dit M. Lepage. L'opérateur est seul coupable.

Autant que possible, les tractions doivent s'opérer d'une main : il faut de temps en temps toucher avec l'autre main pour s'assurer que la tête suit la progression du forceps.

Dans certains cas, la tête étant peu fléchie, le bec des cuillers ne se trouve pas sur les joues, mais au-dessus des oreilles.

Cette saisie irrégulière peut amener le dérapement, si l'on ne surveille pas le paral-

lélisme de progression de l'instrument et de la tête. Dans ce cas, on désarticule lorsque la flexion s'est produite, on retire les branches et on procède à une application régulière.

M. Lepage fait observer que, dans le cas où l'on fait plusieurs applications, on voit sur la tête les empreintes laissées par le forceps à chaque application, la première sur la partie inférieure des oreilles, la seconde sous les fosses.

Il ajoute que, dans toutes les applications de forceps, la branche antérieure laisse la trace la plus manifeste. Cela est d'accord avec l'observation faite par nous plus haut, et dont nous avons tiré quelques conséquences cliniques.

De nombreuses observations dues au docteur Pinard accompagnent la thèse de M. Lepage et complètent un travail qui lui fait honneur.

Dr Stapfer.

BIBLIOTHÈQUE

Les bronchitiques goutteux aux Eaux-Bonnes.

Sous ce titre, M. le docteur Leudet, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris, vient de publier une brochure (in-8° de 36 pages) qui nous a paru remarquable à plusieurs points de vue. C'est d'abord un modèle de polémique très ferme et parfaitement courtoise; c'est ensuite un rappel aux principes de l'observation clinique dont on a, depuis quelque temps surtout, une tendance fâcheuse à s'écarter.

Au cours d'une discussion sur la goutte, deux honorables membres de la Société d'hydrologie avaient porté, en termes absolus, une sentence d'interdiction contre la médication sulfureuse dans le traitement soit des formes aiguës et franches de la goutte, soit des formes chroniques et irrégulières de cette maladie. Par une argumentation claire autant que vigoureuse, M. le docteur Leudet montre ce qu'un tel ostracisme a de véritablement excessif. Il se refuse, avec raison, selon nous, à admettre que le traitement de la goutte incombe à une seule classe d'eaux minérales; — qu'il n'y ait que les eaux à minéralisation forte et à base sodique qui soient susceptibles de redresser la nutrition déviée, et qu'on doive les considérer comme les seules dont l'action soit profonde et constitutionnelle. — Cette dernière, l'action constitutionnelle, n'appartiendrait, selon M. Durand-Fardel, qu'aux eaux dites *altérantes*. A ce propos, M. le docteur Leudet se demande ce que représente l'*action altérante* d'une eau minérale et à quels signes les médecins peuvent la reconnaître. Si cette action, dit-il, est celle qui s'exerce sur la nutrition des tissus, qui pénètre jusqu'à l'élément cellulaire primitif, jusqu'à cette *base physique de la vie*, comme dit Huxley, toutes les eaux la possèdent; car, toutes, elles s'adressent aux maladies chroniques pour les modifier plus ou moins profondément, et il n'y a pas de maladie chronique sans altération de la nutrition cellulaire. Oui, toutes les eaux possèdent, à un moment donné, et dans des conditions déterminées, cette action altérante dont il ne faut pas faire l'apanage exclusif de quelques sources privilégiées.

Pour en revenir à l'objet du litige, l'unicité du traitement paraît, à bon droit, étrange à M. le docteur Leudet, alors qu'il s'agit d'une maladie aussi générale, aussi changeante, aussi protéique que la goutte. La genèse de la maladie ne nous est pas connue, dit-il; ses origines sont à coup sûr multiples, ses déterminations organiques aussi soudaines et aussi nombreuses que variées; — sa thérapeutique ne saurait être uniforme. Il laisse à d'autres le soin de dire et de montrer si, en dehors des eaux à alcalinité forte, il n'en existe pas qui puissent modifier la nutrition générale de telle sorte qu'elles deviennent à leur tour de puissants modificateurs de la dyscrasie goutteuse. Ce qui lui paraît hors de doute, c'est que, suivant son âge et sa forme, suivant l'appareil ou le viscère qu'elle touche, la goutte est tributaire des médications les plus diverses. Les *variétés* de la modalité clinique entraînent nécessairement la diversité des méthodes thérapeutiques.

C'est notre avis, et nous serions fort étonné si ce n'était aussi celui de tous les simples praticiens. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 novembre 1888.

Nouvelles expériences tendant à démontrer l'efficacité des injections intra-veineuses du virus rabique en vue de préserver les animaux mordus par des chiens enragés, par M. GALTIER. — « Après avoir, dès 1880, établi le premier, par des expériences sur le mouton et la chèvre, qu'on pouvait conférer l'immunité contre la rage au moyen des injections intra-veineuses de virus rabique, j'ai, depuis lors, dans des communications nouvelles, démontré que, par ce moyen, les animaux herbivores peuvent être préservés, alors même qu'il s'est écoulé un certain laps de temps après la morsure.

Ces résultats ont été pleinement confirmés par les expériences récentes de MM. Nocard et Roux. La méthode est applicable aux ruminants et aux porcs ; elle n'offre aucune difficulté sérieuse dans son application ; la matière à inoculer peut être empruntée au chien qui a fait la morsure, et il suffit, pour l'obtenir, de délayer dans de l'eau la substance nerveuse, puis de décanter, après un repos suffisant, ou de filtrer convenablement pour enlever les particules solides qui pourraient amener des embolies dans les vaisseaux. L'injection peut être faite sans qu'on ait à se préoccuper d'éviter la contamination du tissu péri-veineux, car, alors même qu'on le contamine, la réussite ne semble pas moins assurée. C'est donc une méthode aussi facile qu'elle semble sûre. Les résultats favorables qu'elle m'avait donnés jadis ne se sont pas démentis depuis cette époque, et, dans de nouvelles expériences, j'ai obtenu le même succès, et les nouvelles données qu'elles m'ont fournies confirment celles que j'ai fait connaître jusqu'à présent.

Il est donc bien démontré aujourd'hui qu'on peut sûrement préserver les animaux herbivores et omnivores, qui ont été mordus par des chiens enragés, au moyen des injections intra-veineuses. Il est, de plus, permis de présumer que l'immunité conférée a, pour effet, non seulement de préserver de toutes les conséquences des morsures déjà reçues ; mais qu'elle garantit encore contre les morsures ultérieures. »

Le lait contient-il des éléments anatomiques de l'organisation et les globules laiteux sont-ils au nombre de ces éléments, par M. BÉCHAMP. — Le lait est le produit normal d'une fonction physiologique qui s'établit temporairement, dans une glande, comme la conséquence d'une autre fonction physiologique antérieure, également temporaire, et, de plus, provoquée par l'introduction dans l'organisme femelle d'un élément anatomique qui lui est étranger. Et, il faut bien le remarquer, la glande ne sécrète pas tout à coup le produit de sa nouvelle fonction, laquelle, au contraire, ne s'établit que peu à peu, après une longue préparation, et, généralement, seulement à la suite de la parturition. Enfin, le lait apparaît seulement après le colostrum, dans lequel on peut suivre les changement histologiques et chimiques qui précèdent l'apparition du lait véritable.

Or, en partant de ces considérations et d'études préliminaires sur les matières albuminoïdes du lait, il m'a semblé que, contrairement à une opinion séculaire erronée, on pourrait démontrer que le lait n'est pas une émulsion, c'est-à-dire que les globules laiteux ne sont point des globules gras nus, mais des éléments anatomiques formés dans la glande pendant sa nouvelle fonction, en même temps que le liquide complexe qui les tient en suspension, comme les hématies et les leucocytes charriés dans le plasma sanguin. Bref, que les globules laiteux sont, comme l'avait admis Dumas, des vésicules constituées sur le type de la cellule, c'est-à-dire munies d'une enveloppe qui les empêche, dans le lait, d'être dissous par l'éther, et, dans la crème, de s'agglutiner pour former le beurre.

M. Béchamp se propose : 1° d'insister sur la démonstration déjà donnée que la caséine constitue une espèce chimique nettement définie, et que le lait contient, en même temps, d'autres matières albuminoïdes aussi nettement caractérisées ; 2° de démontrer que le lait se caille et fermente spontanément, naturellement, sans le concours de ferments étrangers.

Les globules laiteux sont de véritables vésicules isolables et ensuite maniables comme le sont les cellules de levure de bière ou les globules du sang; il y faut seulement, à cause de la plus grande délicatesse de leur enveloppe membraneuse et de la différence de leur contenu, plus de soins et de précautions.

Extraction des globules laiteux. — Ils peuvent être isolés de la crème, du lait et même du caillé. Le lait frais ou la crème récente sont délayés dans une quantité suffisante d'alcool étendu d'eau et jetés sur des filtres où les globules finissent par être retenus. Par des lavages à l'eau alcalinisée de sesqui-carbonate d'ammoniaque et alcoolisée, on les débarrasse complètement de la solution de caséine et des autres albuminoïdes adhérents; quant au caillé, après l'avoir recueilli et lavé à l'eau, il est délayé dans une quantité suffisante d'une solution très étendue de sesqui-carbonate d'ammoniaque, de façon que le mélange devienne franchement alcalin; les globules recueillis sont ensuite traités comme ci-dessus. Il est utile que ces traitements se fassent à une température voisine de zéro.

Des propriétés des globules laiteux, de la quantité et de la nature de la matière de leur enveloppe. — La masse des globules, lavés à l'eau alcoolisée et égouttés sur le filtre, n'a rien de l'apparence du beurre; une parcelle délayée dans l'eau laisse voir au microscope les globules intacts.

Délayés dans une solution étendue de sesqui-carbonate d'ammoniaque ou dans l'alcool à 30 degrés centigrades, ils se conservent presque indéfiniment inaltérés.

Leur masse complètement essorée peut retenir jusqu'à 30 p. 100 d'eau; desséchée à 20-25 degrés centigrades, elle ne se constitue pas en beurre.

Leur masse desséchée n'entre pas tout entière en fusion. La partie infusible retient du beurre comme le ferait une éponge; débarrassée par l'éther du beurre adhérent, la portion non fondue des globules représente au minimum 1.3 p. 100 du poids des globules secs, et sa substance n'est pas de la caséine; elle est probablement de nature épidermoïde.

Les globules incinérés laissent des cendres.

Les globules essorés se détruisent dans l'éther: le beurre se dissout et les membranes se séparent; elles sont visibles au microscope, on y peut même reconnaître la forme des globules.

Les globules essorés, délayés dans une à deux fois leur volume d'eau, ne se réduisent en beurre que par un vigoureux barattage. Dans le lait de beurre qui se sépare on dis-distingue des granulations moléculaires et on y découvre une matière albuminoïde soluble.

En résumé : 1° le lait n'est point une émulsion; les globules laiteux ne sont point des globules gras nus, mais de véritables vésicules adipeuses libres; 2° le lait (de vache) contient, outre la caséine, d'autres matières albuminoïdes, non pas libres, mais dissoutes en combinaison avec des alcalis.

Quant à la troisième question, M. Béchamp pense l'avoir depuis longtemps résolue en démontrant que le lait se caille spontanément, sans le concours de vibrioniens proprement dits.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde.

M. Terrier lit un rapport sur une observation du docteur Defontaine (du Creusot), intitulée : *Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde* pour oblitération de fistules anciennes de l'urèthre. Un jeune garçon de 15 ans avait vu se développer des fistules à la suite d'une rupture traumatique du canal. L'uréthrotomie externe sans conducteur ne permit pas de trouver le bout postérieur. Le chirurgien pratiqua alors la taille sus-pubienne pour faire le cathétérisme rétrograde et y parvint après avoir creusé un nouveau canal à travers les tissus indurés du périnée. M. Defontaine se servit, pour l'évacuation de l'urine, d'un tube de caoutchouc de fort calibre criblé d'ouvertures à son

extrémité vésicale. On le place à la manière d'une sonde. D'après l'inventeur, les parois vésicales ne peuvent s'accoler au tube de manière à en boucher tous les trous; le tube est assez grand pour conduire l'urine hors du lit et il remplit parfaitement son office si tous les points laissés au dehors se trouvent au-dessous de la plaie hypogastrique. Il remplace la sonde à demeure quand on fait l'uréthrotomie externe suivie de cathétérisme rétrograde.

M. Trélat ne voit dans l'appareil présenté qu'un léger perfectionnement du tube dont se servent tous les chirurgiens.

M. Tillaux emploie un long tube auquel il fait deux ouvertures dans sa partie vésicale. On peut le tirer hors de la plaie lorsque les ouvertures viennent à être bouchées par des concrétions.

M. Anger insiste sur ce point que l'orifice interne de la vessie peut être très difficile à trouver chez les enfants.

MM. Terrier et Tillaux croient que cet orifice est toujours possible à rencontrer. Ce dernier a eu, ainsi que M. Anger, de grandes difficultés à faire passer le tube à travers le périnée, et il a dû se servir d'une sonde métallique.

— M. Routier fait une communication importante sur les *inflammations péri-utérines*. Les connaissances précises sur ce point de pathologie datent des travaux de Bernutz et Goupil, qui ont cherché à distinguer quelque chose dans le chaos des phlegmons du ligament large et ont décrit la pelvi-péritonite. MM. A. Guérin et Lucas-Championnière ont beaucoup insisté sur le rôle des lymphatiques dans ces inflammations péri-utérines. Le second a surtout insisté sur l'adénite rétro-pubienne et est revenu récemment sur ses idées devant l'Académie. M. Sappey, avec sa haute compétence, n'a pas eu de peine à démontrer l'erreur dans laquelle était tombé M. Guérin.

Récemment l'intervention chirurgicale directe est venue démontrer la possibilité de la guérison des salpingites par l'ouverture de l'abdomen. De sa pratique, M. Routier conclut que beaucoup des cas regardé comme des phlegmons de ligament large ne sont que des pyo-salpingites, et insiste sur l'importance, pour le diagnostic, de la douleur latérale à l'utérus et du toucher; l'écoulement de pus n'est pas nécessaire.

Il a fait 10 opérations pour salpingo-ovarites simples ou doubles; il a eu 2 morts et 8 guérisons. Les 2 morts, qu'il aurait pu éviter, sont dues, l'une à une hémorrhagie, l'autre à une péritonite suppurée.

La stérilité consécutive ne doit pas faire rejeter l'opération, puisque les femmes y sont condamnées par leur maladie elle-même. L'intervention est toujours difficile et féconde en surprises. Il faut prendre garde de ne pas perforer les poches purulentes et veiller aux hémorrhagies qui peuvent être très abondantes, M. Routier conseille pour les prévenir de sectionner le pédicule à l'aide du thermo-cautère qui soude, pour ainsi dire, les parties les unes aux autres.

Le drainage est utile et aurait peut-être permis d'éviter les 2 cas de mort. Pour l'antisepsie, qui doit naturellement être minutieuse, il est bon d'employer une longue mèche de gaze iodoformée que l'on place et retire facilement d'après les circonstances.

M. Routier conclut en disant que l'on doit proposer la laparotomie à toute femme présentant des douleurs abdominales accompagnées d'une téméfaction péri-utérine.

M. Polaillon, vu l'importance de la communication de M. Routier, en fait remettre la discussion à la prochaine séance.

— M. Jalaguier présente un malade qui a subi la résection des têtes des premiers métatarsiens pour une déviation des orteils; la marche se fait facilement.

M. Monod a fait trois fois avec succès la même opération.

— M. Polaillon présente un malade à qui il a fait la désarticulation du genou il y a sept ans; le résultat a été excellent. — P. C.

FORMULAIRE

Sirop contre la constipation des enfants. — Bouchut.

Podophylline	5 centigrammes.
Alcool	5 grammes.
Sirop de guimauve	95 —

Mêlez. — Une demi-cuillerée à bouche par jour, pour remédier à la constipation des enfants. — N. G.

COURRIER

A l'occasion de l'inauguration de l'Institut Pasteur, M. le professeur Grancher a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Les laboratoires d'enseignement de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparée de la Sorbonne ont été ouverts le mercredi 14 novembre. Les travaux pratiques auront lieu sous la direction de MM. les professeurs de Lacaze-Duthiers et Yves Delage, de midi à six heures ; ils consistent en dissection, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie dont les sujets sont pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires de recherches sont ouverts tous les jours de huit heures du matin à six heures du soir pendant toute l'année scolaire, à la Sorbonne, à partir du mercredi 14 novembre; aux stations maritimes de Roscoff (Finistère), pendant l'été, de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales).

On s'inscrit de deux à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

— Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront le jeudi 15 novembre, au Muséum, sous la direction de M. le professeur Milne-Edwards et auront lieu tous les jours de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver : ils consisteront en dissections, autopsies, exercices pratiques et conférences.

Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire.

Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront s'inscrire de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55.

Epidémie. — Une épidémie de variole éprouve assez cruellement la ville d'Oran. Les décès, qui, en temps ordinaire, ne dépassent guère le chiffre de huit ou dix par jour, atteignent, depuis une quinzaine, le chiffre de vingt à vingt-cinq. C'est au village nègre, où réside la population indigène, que l'épidémie exerce le plus de ravages.

École pratique de la Faculté. — *Cours de thérapeutique hydrominérale.* — Le docteur P. Boulomié commencera son cours de thérapeutique hydro-minérale le mardi 20 courant à cinq heures, amphithéâtre n° 2 et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours en 12 leçons comprendra une étude sommaire des eaux minérales et de leur classification, une étude comparative de leurs indications et contre-indications et de leurs applications thérapeutiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

Anévrysmes multiples de l'aorte. Rapports de l'anévrysme de l'aorte avec la syphilis.

Une malade actuellement couchée dans le service (salle Laënnec), âgée de 54 ans, cuisinière, offre un intérêt particulier à un triple point de vue : elle est affectée d'anévrysmes *multiples* de l'aorte ; les lésions aortiques sont d'*origine syphilitique* ; les anévrysmes présentent une *amélioration positive*, qui, depuis trois années, a été constatée à plusieurs reprises, et qui a persisté malgré l'apparition d'épisodes pathologiques graves, de maladies intercurrentes étrangères à l'appareil circulatoire.

Ces modifications favorables sont manifestes et persistantes, comme le montrent l'histoire et l'état actuel de la malade. Entrée à la Pitié au mois de novembre 1885, elle se plaignait alors de vives douleurs intra-thoraciques, en avant et en arrière de la poitrine ; de battements pénibles dans la même région ; de vertiges peu marqués au repos, mais plus prononcés quand elle baissait la tête et qu'elle exécutait un mouvement rapide. Tout se bornait, d'ailleurs, à cette triade symptomatique : il n'y avait, et il n'y eut, depuis cette époque, aucun phénomène de compression.

Au bout d'un mois, l'amélioration était déjà notable, sous l'influence du traitement (iodure de potassium, repos absolu au lit, diète lactée) ; un érysipèle très grave survenu au mois de janvier 1886 n'a pas changé ce premier et heureux résultat. Sortie à la fin de mars 1886, elle put reprendre son travail de cuisinière, sans symptômes pénibles, jusqu'au mois de novembre 1887, où elle revint dans le service : on put constater que les modifications favorables de l'année précédente s'étaient maintenues ; le traitement employé la première fois avait encore accru l'amélioration, lorsqu'à la fin de décembre 1887, la malade prit, par refroidissement dans la cour de l'hôpital, une énorme et très grave pneumonie, avec hyperthermie et accidents cérébraux, dont elle guérit cependant ; après la convalescence, les conditions physiques des anévrysmes étaient les mêmes qu'avant la pneumonie, c'est-à-dire très satisfaisantes, et c'est dans cet état que s'effectua la sortie (juillet 1888).

Enfin la malade est revenue le 11 octobre de cette année, toujours incommodée par des battements et des vertiges. Aujourd'hui, on sent et on voit, dans la région cervicale inférieure de chaque côté, des battements dont l'existence est naturelle (ce sont ceux de la crosse de l'aorte et des

artères sous-clavières), mais qui, étant appréciables plus haut qu'à l'état normal, indiquent une élévation de la crosse aortique, tenant à ce que celle-ci est dilatée. La percussion de la partie antérieure du thorax dénote une matité qui dépasse de plus d'un travers de doigt le bord droit du sternum : donc l'aorte ascendante est également dilatée. L'auscultation fait entendre, à la pointe, un souffle systolique, qui n'est ni fort, ni long; il en est de même dans la partie tout à fait interne du deuxième espace intercostal droit; mais, si l'on s'éloigne de la ligne médiane, si l'on ausculte plus en dehors dans ce même espace, le souffle change de caractère, devient creux, métallique, fort, long; il est en rapport avec la dilatation de l'aorte ascendante, siégeant immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes.

Les sous-clavières et les axillaires soufflent également. Dans la région postérieure, il existe, en plus de la matité, un souffle énorme, unique, rude, qui se fait entendre des deux côtés des apophyses vertébrales, depuis la sixième vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième ou la sixième dorsale, et qui se propage même jusqu'à l'occiput : l'interprétation la plus naturelle de ce souffle est qu'il se transmet par le rachis; mais si l'on se rappelle que les sous-clavières et les axillaires sont dilatées, que le tronc brachio-céphalique l'est aussi probablement; qu'en un mot, il y a des dilatations multiples, on peut supposer que la même lésion a atteint les artères vertébrales sans qu'il soit permis de rien affirmer à cet égard. Dans cette même région postérieure, il y a des battements; mais, au lieu d'être visibles comme autrefois, ils doivent être minutieusement cherchés pour être appréciés. En 1885, il suffisait de la moindre application de la main, sans pression, pour les constater; plus tard, il a fallu un contact de plus en plus intime, puis une pression superficielle; aujourd'hui, une pression profonde est nécessaire. Autrefois, ils étaient appréciables également des deux côtés; aujourd'hui, ils sont bien moins prononcés à droite. Anciennement, des index en papier fournissaient immédiatement des oscillations étendues; actuellement, celles-ci s'apprécient difficilement.

De ce qui précède, il faut conclure :

1° Que l'aorte est le siège d'un petit anévrysme au niveau de sa partie ascendante, et d'un gros anévrysme au niveau de sa crosse, anévrysme ayant son point de départ dans la partie postérieure du cylindre du vaisseau;

2° Que, si l'on excepte le souffle resté immuable, les modifications ont persisté et se sont même accrues : la paroi postérieure de l'anévrysme s'est éloignée de la paroi thoracique, évidemment par formation de couches de caillots; elle est devenue très épaisse, a perdu son élasticité et sa rétractilité, puisque le souffle est simple.

Si la malade va mieux, c'est que l'aortite qui a donné lieu aux anévrysmes est d'origine syphilitique; et si on est en droit d'affirmer cette origine, c'est qu'à l'époque où la malade est venue pour la première fois dans le service, elle avait une lésion syphilitique en activité, une perforation complète du voile du palais, effectuée un mois auparavant, sans symptômes bien pénibles : il n'y avait pas d'autres phénomènes spécifiques, aucun renseignement n'était fourni par le sujet qui, comme il arrive souvent chez la femme, ignorait qu'elle portait la syphilis; mais une preuve complémentaire a été donnée par le traitement ioduré qui, au bout d'un mois, a donné la guérison de la perforation.

On aurait pu hésiter cependant à attribuer à la syphilis une part dans la

production des lésions aortiques, si le fait était extrêmement rare : il n'en est pas ainsi, et, quoique l'idée de rapport immédiat entre les deux faits soit encore peu répandue, elle n'en est pas moins certaine. Pour la période 1876-1887, il existe dans la littérature médicale 30 observations de ce genre, dont 2 seulement concernent l'aorte abdominale. L'examen des 28 autres observations (aorte thoracique) nous enseigne, en premier lieu, que souvent l'anévrysme d'origine syphilitique est multiple (il y en avait 4 dans le cas de Vallin, 3 dans ceux d'Orlebar et de Malécot, 2 dans ceux de Rulle, Jaccoud, etc.); en second lieu, que, dans la grande majorité des cas, l'anévrysme siège sur l'aorte ascendante, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, ou sur la partie postérieure de la crosse, entre le tronc brachio-céphalique et l'origine de la carotide gauche : ce n'est pas le siège habituel des anévrysmes vulgaires.

Mais quel degré de certitude présente l'étiologie dans les observations précédentes? Est-il le même pour les trente cas? Nous pouvons être sûrs que les trente individus étaient syphilitiques, les auteurs l'affirment : suit-il de là que leurs anévrysmes étaient d'origine syphilitique? Cela se rattache à une question d'ordre général en syphiligraphie : il ne suffit pas de constater une lésion viscérale quelconque chez un syphilitique pour affirmer qn'elle est causée par la syphilis, car alors les affections les plus graves du cerveau et de la moelle seraient curables dans la grande majorité des cas; pareille affirmation exige la présence actuelle d'une affection syphilitique en activité, ce qui est bien différent des simples commémoratifs d'une syphilis ancienne. Il faut distinguer entre la coïncidence et la causalité, et faire la part de la première. Or, des trente observations connues, un petit nombre seulement (8 ou 9) réalisent la condition qui permet d'affirmer la causalité ; dans les autres, l'histoire rétrospective qui établit la syphilis a une certaine valeur, mais moindre qu'une lésion syphilitique actuelle. Voilà pourquoi dans les anévrysmes en question le pronostic est autre qu'on ne le croirait d'abord : il semblerait qu'ils eussent dû tous guérir, et cependant vingt-huit malades ont succombé sur trente, bien que les auteurs les aient traités comme syphilitiques, preuve indirecte que dans ces observations il y avait coïncidence et non causalité.

D'autre part, la syphilis produit l'anévrysme aortique par l'intermédiaire d'une inflammation artérielle, d'endaortite, et celle-ci, comme les autres artérites, présente deux périodes dans son évolution : période d'aortite, préanévrysmatique ; période anévrysmatique. Si l'aortite syphilitique peut tuer avant d'avoir donné lieu à la formation d'un anévrysme (cas de Türner, de Londres), le fait est exceptionnel. Au contraire, quand l'anévrysme est formé, il expose aux symptômes de compression, à la rupture, etc. ; il produit tous les phénomènes de ce genre de tumeur, ceux-ci dépendent du siège, et non de l'origine pathogénique. Voilà pourquoi il n'y a pas de différence avec l'anévrysme vulgaire, sous le rapport du pronostic, et pourquoi la mort est survenue par rupture dans la grande majorité des vingt-huit observations. Donc, tandis que la période d'aortite est généralement durable, la période anévrysmatique, malgré l'étiologie syphilitique, n'a pas un meilleur pronostic que l'anévrysme ordinaire, sauf peut-être que le traitement peut amener une amélioration plus durable, à condition qu'il soit institué avec précocité et insistance (ce qui est le cas de la malade actuelle).

Un dernier point intéressant et pratique est la durée du temps qui

s'écoule entre le début de la syphilis et l'apparition des désordres du côté de l'appareil circulatoire. Dans la grande majorité des cas, il se compte par années, de sorte qu'on a affaire à des lésions de la période tertiaire. Mais cette règle n'est pas constante : dans un cas, la syphilis a débuté en 1863, et les premiers désordres cardio-aortiques accessibles au diagnostic se sont montrés en 1865; dans un autre cas, où il s'agissait d'un anévrysme du cercle artériel de Willis, le début de la syphilis ne remontait qu'à treize mois. Il est donc des cas, exceptionnels à la vérité, d'anévrysmes syphilitiques précoces ; cette possibilité doit toujours être présente à l'esprit du médecin, qui songera à examiner l'appareil circulatoire à toutes les périodes de la syphilis, et interviendra au moindre signe suspect par le traitement habituel, dont la base se trouve naturellement dans l'iodure de potassium ou de sodium, pris avec persistance, à la dose minima de 4 grammes par jour. P. D.

BIBLIOTHÈQUE

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DANS QUELQUES CAS DE VOMIQUES ET DE FAUSSES GANGRÈNES DU POUMON, par le docteur Georges DIEUDONNÉ. — G. Steinheil, 1888.

Après avoir réuni plusieurs faits recueillis dans le service du professeur Brouardel ou empruntés aux *Bulletins* de la Société anatomique, M. Dieudonné conclut que le diagnostic de la gangrène pulmonaire, si facile d'après les auteurs, présente au contraire une difficulté souvent fort grande surtout au point de vue du diagnostic étiologique. Si toutes les fois qu'il y a fétidité de l'haleine et de l'expectoration l'on pose le diagnostic de gangrène pulmonaire, soit des ramifications bronchiques, soit du parenchyme même du poumon, l'on s'exposera à de fréquentes erreurs ; car chaque fois que du pus venant d'un organe voisin se fait jour dans les bronches, surtout s'il s'écoule lentement, il se fait dans ce pus une décomposition qui va lui donner une odeur souvent si fétide que l'odorat le plus subtil ne pourra la distinguer de la fétidité de la gangrène. C'est ce qui explique les erreurs que l'on peut constater dans les diverses observations réunies dans ce travail.

De ces faits découlent les conclusions suivantes :

1° A côté des causes ordinaires de la gangrène pulmonaire, il existe quelques cas de fausses gangrènes (G. Sée) dans lesquels le processus gangréneux est consécutif soit à des lésions de la colonne vertébrale (cancer, mal de Pott), soie du foie (kyste hydatique), soit de la plèvre (pleurésie purulente).

2° S'il est des cas fréquents où le diagnostic de la gangrène pulmonaire est facile, il en est d'autres où la nature et la cause de ces fausses gangrènes est très difficiles, souvent même impossibles à reconnaître.

3° La fétidité de l'haleine et de l'expectoration sont des facteurs importants dans le diagnostic de la gangrène pulmonaire ; cependant, l'odeur de certains pus surtout dans le cas de vomiques minimes, est souvent confondue avec celle de la gangrène.

4° Les pleurésies purulentes et enkystées, les abcès par congestion, les kystes hydatiques du foie devront être recherchés avec soin toutes les fois que surviendront des vomiques ou des symptômes de gangrène en dehors de la marche classique de la gangrène pulmonaire.

M. Dieudonné, que nous avons eu l'avantage de connaître dans divers services hospitaliers et qui nous a fait l'honneur de suivre jadis nos conférences d'internat, termine ses études par une thèse à laquelle convient la qualification de « courte et bonne ». Nous sommes heureux de lui rendre ce témoignage. — P. L. G.

ESSAI SUR LE MAL DE TÊTE, par le docteur Joannes CHAUMIER, ex-interne à l'asile de Bron. J.-B. Baillière, 1888.

L'auteur de cette thèse, passée à la Faculté de Lyon et inspirée en grande partie par l'enseignement du professeur Pierret, pense que le substratum anatomique du mal de tête réside dans les cellules ganglionnaires sensitives du bulbe et du cerveau.

La migraine, ajoute-t-il, doit être considérée comme un mal de tête. Les troubles fonctionnels du trijumeau et du sympathique n'expliquant pas tous les phénomènes migraineux, il y a lieu d'accorder un rôle au cerveau (région postérieure sensitivo-sensorielle) dans la pathogénie de la migraine.

La céphalalgie, non migraineuse, qui, bien des fois, peut être imputable à des troubles fonctionnels ou somatiques d'organes ou de tissus périphériques, est très souvent aussi d'origine encéphalique directe.

Etiologiquement, les douleurs de tête peuvent être divisées en trois groupes :

a. Céphalalgies résultant de lésions fonctionnelles ou somatiques extra-cérébrales et céphalalgies sympathiques ;

b. Céphalalgies liées à une altération fonctionnelle ou somatique de l'encéphale ;

c. Céphalalgies, manifestations d'un état général constitutionnel héréditaire ou accidentel : diathèses et intoxications, neurasthénie. Les migraines, les céphalalgies avec modification dans la composition des humeurs et les maux de tête nerveux proprement dits appartiennent à cette classe.

Le mal de tête peut avoir une valeur séméiologique incontestable, si l'on tient compte de ses différentes formes cliniques, des conditions individuelles du malade et des phénomènes concomitants. Il est très souvent un phénomène satellite des troubles psychiques ; bien des fois aussi il marque le début de l'aliénation mentale.

Le problème thérapeutique du mal de tête comprend deux parties : traitement à instituer contre l'indication causale et traitement du symptôme douleur.

L'antipyrine est un remède d'une efficacité incontestable contre certaines douleurs de tête, contre les migraines en particulier. Cette substance est contre-indiquée dans les céphalalgies toxiques, résultant de la rétention dans l'économie de produits excrémentitiels. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Sur la paralysie du facial de nature hystérique, par le professeur G. LUMBROSO. (In *Lo Sperimentale.*) — D'après cinq cas qu'il a observés, l'auteur conclut que, dans l'hémiplégie hystérique, on peut rencontrer quelquefois la paralysie de la partie inférieure du nerf facial que l'on ne peut différencier de l'hémiplégie ordinaire. Tous les signes ordinaires de cette paralysie se rencontrent le plus ordinairement, aussi les caractères sur lesquels l'école de la Salpêtrière a insisté, c'est-à-dire la déviation très accentuée de la langue, les contractions fibrillaires, la lésion d'une seule lèvre, la persistance de l'hémiplégie après la guérison, etc., ne sont-ils pas d'une certitude absolue et ne peuvent-ils être considérés comme caractéristiques.

La chorée laryngée, par le professeur TAMBURINI. (In *Archivi ital. di laringologia.*) — Chapitre très fouillé de ce petit coin pathologique. Un cas observé par le maître sert de thème à cette belle étude. Tamburini expose toutes les opinions ayant cours pour expliquer cette rare névrose. Sa malade guérit très simplement à la suite de trois pulvérisations de cocaïne à 1/2 p. 100 d'eau distillée.

Comme conclusions, l'auteur s'exprime ainsi :

La chorée laryngée est une affection sensorielle dont le trouble moteur n'est que secondaire.

Le nom de l'affection est inexact, étant donné que, par chorée laryngée, on entend

des mouvements incoordonnés de cet organe et non ce qui est, c'est-à-dire le spasme expiratoire.

On ne peut admettre que, comme une hypothèse, l'origine centrale de la maladie et le critérium thérapeutique par l'électricité n'est pas le meilleur moyen pour établir la pathogénèse de cette curieuse affection.

Laryngectomie exécutée au grand hôpital de Milan, par M. le docteur Edoardo Boccomini. (In *Gazzetta medica italiana Lombardia*, n° 44; novembre.) — Les hésitations chirurgicales, qui sont peut-être la cause de la mort prématurée d'un illustre patient, et qui ont certainement diminué ses chances de survie, ne devaient pas servir d'exemple à notre distingué confrère, M. le docteur Boccomini. Ce chirurgien n'hésita pas à faire l'ablation totale du larynx, le 25 septembre dernier, à un certain Zaffaroni Giovanni, âgé de 54 ans, atteint d'un cancer de cet organe avec phénomènes de grave sténose laryngée, asphyxie latente, etc.

Au moyen d'une seule incision médiane, le larynx fut mis à découvert et détaché des tissus voisins avec une spatule. On le sépara ensuite de la trachée, puis il fut détaché du pharynx et enfin de la membrane thyro-hyoïdienne. On avait commencé par placer une grosse canule en celluloïde qui obturait complètement la lumière de la trachée, afin d'empêcher l'accès du sang, puis on avait donné le chloroforme.

Le larynx une fois enlevé, on introduisit un tube de Faucher dans le pharynx et dans l'œsophage, afin de pouvoir alimenter l'opéré. Un pansement à la gaze iodoformée recouvrit le tout, et... le malade guérit.

Hôpital du Saint-Esprit de Rome : **Sur la structure interne du plasmodium malariæ.** (Deuxième note de MM. le professeur A. Gelli et du docteur G. Guarnieri. — Dans leurs études précédentes, le plasmodium malariæ était étudié dans ses formes amiboïdes endo-globulaires pigmentées, on savait qu'il pouvait se définir comme un noyau cellulaire. Les auteurs ont rencontré cet élément dans l'intérieur des globules rouges, soit sous la forme précitée, soit sous la forme de demi-lune, dont les extrémités sont très éclatantes et se colorent brillamment. On a pu rencontrer ces petits corps avec une forme allongée, hyaline sur la circonférence du globule rouge dans lequel ils pénètrent et se développent, comme l'a très bien démontré, du reste, Marchiafava.

La conclusion de cette note, c'est que le plasmodium malariæ aurait dans le sang deux phases principales de développement endo-cellulaire :

1° Phase amiboïde : Dans celle-ci, sans que cet élément soit arrivé à sa dernière transformation et sans se pigmenter, il peut se diviser, se scinder, ou bien, suivant son développement endo-globulaire, se pigmenter et se diviser en sporules avant ou après avoir pénétré dans le globule rouge ;

2° Phase falciforme, dans laquelle on trouve les formes en fuseaux, ovoïdes et rondes, qui en dérivent.

Premier Congrès de la Société italienne de médecine interne tenu à Rome, du 20 au 24 octobre 1888, sous la présidence de M. le professeur Baccelli; de MM. les vice-présidents A. Cantani et Galassi; du secrétaire, M. le professeur Maragliano. — Nous signalerons parmi les sujets qui ont été discutés le « traitement de la tuberculose pulmonaire », par M. le professeur de Renzi, qui a résumé l'état actuel de la science sur cette intéressante question et a terminé son exposition par cette décevante conclusion : que le traitement constant, efficace et radical de la tuberculose n'était pas encore découvert.

— M. le professeur Bozzolo a entretenu l'auditoire de « l'étiologie de la pneumonie fibrineuse aiguë », et a reconnu :

1° Que le diplococcus pneumonicus de Frænkel est l'agent essentiel de la pneumonie croupale aiguë ;

2° Que ce même diplococcus peut produire la méningite cérébro-spinale, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, la néphrite et l'œdème de la glotte ;

3° Qu'il peut également déterminer des formes cliniques et anatomiques diverses

suivant ses différentes localisations, sa virulence et la coexistence d'autres organismes dans le poumon ;

4° Qu'on peut donc admettre comme unique le virus pneumonique, quoiqu'un certain nombre d'inflammations du parenchyme pulmonaire puissent se produire par d'autres agents morbides, par traumatisme, etc.... Mais il y a des différences bien tranchées dans les altérations anatomiques qu'on retrouve et qui sont tout autres dans le vrai processus pneumonique.

— M. le professeur Cardarelli (de Naples) a parlé du « traitement des cardiopathies », dont il a fait une brillante et savante description.

— M. le professeur Comaselli (de Catane) a repris le sujet de ses études spéciales sur « l'empoisonnement quinique ou fièvre ictéro-hématurique par la quinine. »

M. le professeur Jaccoud a exposé à l'Académie de médecine 12 cas de cette nature que nombre d'auteurs, depuis ce travail, ont été à même d'observer.

Les conditions qui favorisent cette action inusitée de la quinine sont, selon l'auteur :

1° Infection malarique chronique et parfois récente ;

2° Une idiosyncrasie spéciale souvent héréditaire.

— M. le professeur Riva (de Parme) s'est fait l'éloquent historien du « traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire », qui se divise ainsi : la pneumectomie, qui enlève toute la partie atteinte ; mais ce moyen n'est pas encore prêt d'entrer dans nos mœurs chirurgicales ; en tout cas, il n'a sa raison d'être qu'au début de la maladie et lorsque le processus est très limité.

La pneumotomie, qui, suivant le professeur Riva, doit être absolument repoussée, n'étant qu'un moyen palliatif. Enfin, apparaissent les injections médicamenteuses dans le parenchyme pulmonaire ; elles ne sont pas aussi innocentes qu'on a bien voulu le dire et un accident très grave est arrivé entre les mains expertes du maître parmesan. Jusqu'au moment où on aura trouvé le médicament pouvant détruire sur place, et très vite, le bacille de Koch, on ne peut guère espérer tirer un bénéfice réel de ces injections ; mais, à ce moment-là, la phthisie pourra être guérie et ce sera un devoir à tout médecin d'en faire usage.

— « Doit-on refroidir celui qui a la fièvre ? Doit-on, au contraire, respecter avec scrupule la chaleur accrue ? » Voilà la question posée par M. le professeur Murri (de Bologne). On retrouve, dans le développement des arguments pour ou contre cette manière exclusive de traiter les pyrexies, le sens pratique du maître bolonais qui ne veut se servir des moyens proposés dont il a une vaste expérience qu'autant que l'élément fièvre est bien l'ennemi principal à combattre, ce qui est rare. C'est à la clinique seule de juger si la dépression de la chaleur est un bienfait pour le malade, ou bien si c'est simplement un leurre, un trompe-l'œil. Le praticien ne doit pas abandonner la voie des faits acquis par l'observation pour prendre celle des illusions et des engouements momentanés.

— C'est au tour de M. le professeur Rummo à faire l'exposé des « médicaments cardiaques ». — La tendance de l'esprit humain à simplifier les choses complexes a pesé d'un poids énorme dans les règles adoptées aujourd'hui dans le traitement des cardiopathies en cherchant à faire prévaloir une formule unique pour tous les cas au détriment de la réalité. Nous avions la digitale, il fallait nécessairement du nouveau, on a donc trouvé ses succédanées, et c'est, en somme, à quoi se réduit tout le bruit fait autour des moyens thérapeutiques du jour. On a oublié parfois de rechercher et de savoir à quelle lésion vraie on s'adressait ; et pourtant les indications pharmaceutiques relèvent seulement de la connaissance exacte de la lésion qu'il s'agit de soulager, et il est déraisonnable, là, comme partout en médecine, de procéder à l'aveuglette et d'employer au hasard telle ou telle panacée que la mode enfante périodiquement.

— M. le professeur Maragliano (de Gênes) a abordé le chapitre classique du « traitement de la pneumonie ».

Voici ses conclusions :

1° La première indication rationnelle et fondamentale est l'emploi des moyens

capables de détruire la matière infectieuse qui engendre la maladie. Jusqu'à présent, ce moyen sûrement efficace n'existe pas, ou du moins n'est pas encore connu;

2° Les dangers de la pneumonie tiennent principalement à l'akinésie cardiaque;

3° Neutraliser les matériaux infectieux qui sont dans la circulation, voilà l'indication que la saignée générale parvient à remplir;

4° Pour prévenir et pour combattre la faiblesse cardiaque dans la pneumonie, il est nécessaire :

a) De combattre la fièvre : le meilleur moyen est le froid sous forme de bains. La quinine est, pour l'auteur, le meilleur des antipyrétiques;

b) D'éviter l'usage des médicaments qui peuvent affaiblir le cœur;

c) D'alimenter le malade, de lui donner de l'alcool et de faire usage, s'il y a lieu, de la digitale et des préparations de strophantus qui agissent très vite;

5° Faire usage des révulsifs et quelquefois de la saignée pour combattre les troubles mécaniques circulatoires.

C'est l'antique médecine que défend notre honorable confrère..... On n'a pas encore pu la remplacer ou faire mieux, quoi qu'on en dise.

De la gymnastique cardiaque, par le professeur DE GIOVANNI (de Padoue). — Le repos absolu, que nous avons tous conseillé dans le plus grand nombre des troubles cardiaques, fait place maintenant à la gymnastique du cœur.

Ce n'est pas tout à fait nouveau, car Corrigan, cité par Stokes, conseillait, de son temps, l'exercice corporel comme moyen curateur des maladies du centre circulatoire.

D'autres ont repris cette méthode, et parmi ceux-ci Œrtel est le plus en vue; mais l'auteur italien considère la classification des types cardiaques de ce médecin comme insuffisante et pas plus scientifique que pratique. Il ne convient, du reste, qu'à peu de malades de gravir d'emblée le sentier d'une haute montagne, et c'est la base du traitement nouveau. Il faut, avant d'en arriver à ces exercices violents, que les ressources de la thérapeutique aient préparé les malades, aient disposé leur cœur; en tout cas, il faut que l'expérience clinique décide seule l'opportunité de l'application de cette méthode et ne l'utilise qu'avec connaissance de cause et une grande délicatesse de touche. (In *Riforma medica*, n°s 247, 248, 249, 250, 251, 252.) — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. G. Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille sur l'emploi de l'hyoscyamine comme hypnotique;

2° Des plis cachetés de MM. les docteurs Sicard et Armand Paulier;

3° Un travail sur l'emploi des caustiques dans le traitement du cancer par M. Jules Félix qui se porte candidat au titre de membre correspondant étranger;

4° Une lettre de candidature de M. Vidal (d'Hyères) au titre de membre correspondant national.

— M. LEBLANC présente une brochure intitulée : *Eloge de M. Magne.*

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente le quatrième et dernier volume de son *Dictionnaire de thérapeutique.* Un appendice traite des médicaments nouveaux que l'on emploie depuis six ans, époque à laquelle a paru le premier volume de l'ouvrage.

— M. POLAILLON présente, au nom de M. le professeur Dubreuil (de Montpellier), une étude sur la compression élastique avec résection costale peu étendue comme traitement de l'empyème. Au lieu de pratiquer l'opération d'Estlander, il se borne à réséquer de 1 à 3 centimètres d'une ou plusieurs côtes; puis il applique un corset de Sayre en ayant soin de ménager une fenêtre au niveau de la plaie. Un drain en caoutchouc pénètre

dans la cavité pleurale, et, par la fenêtre, on fait un pansement qui fait saillie sur le corset. Une compression assez énergique se fait par l'intermédiaire du pansement à l'aide d'une bande de caoutchouc enroulée autour du corset.

— M. BUDJWID (de Varsovie) lit une note sur le traitement de la rage par la méthode intensive. Aussitôt après son passage par le laboratoire de M. Pasteur, l'auteur a appliqué le traitement ordinaire; il inoculait toute personne ayant été mordue par un animal quelque peu suspect. 297 personnes, dont 5 mordues au visage, ont été ainsi traitées; il en est mort 8 dont les 5 précitées. 2 personnes s'étant alors présentées avec des morsures graves, l'une d'elles par un loup, elles ont été soumises avec succès au traitement intensif suivant : Deux fois par jour inoculation d'une moelle variant de douze à trois jours d'âge, en répétant trois fois de suite la série.

Encouragé par ces 2 cas, M. Budjwid soumit au traitement intensif 370 personnes, dont 30 mordues au visage, et il n'a pas eu un seul insuccès. Le virus s'affaiblissant davantage lorsque la température s'élève, le docteur Budjwid emploie la moelle du dixième jour pour commencer la série et celle du deuxième pour finir en été, tandis qu'en hiver il commence par celle du douzième pour finir par celle du troisième jour. De plus, il emploie la température de 16° pour dessécher les moelles, au lieu de celle de 23°, généralement adoptée. Il ne soumet plus au traitement les personnes mordues par des animaux peu suspects, et il a ainsi refusé le traitement à 150 personnes.

Le traitement intensif est donc inoffensif et très efficace.

— M. BUCQUOY présente, au nom de M. le docteur Huchard, les brochures suivantes :

1° *Sur l'action du strophantus hispidus;* il a obtenu des résultats analogues à ceux dont a parlé M. G. Sée; néanmoins il se montre peu enthousiaste de ce médicament auquel il préfère la digitale;

2° *Quand et comment doit-on prescrire la digitale*? monographie suivie d'un formulaire;

3° Une étude des indications des injections de caféine, qu'il préconise surtout quand le cœur est défaillant, comme dans la fièvre typhoïde, par exemple.

— BECHAMP lit un travail qui a pour titre : *Série de nouvelles recherches sur le lait aux points de vue histologique et chimique.* Les premières recherches sur la composition du lait ont été faites par Macker qui avait comparé le lait à une émulsion et qui avait admis qu'il pouvait se coaguler spontanément.

Dumas qui, lui aussi, avait longtemps regardé le lait comme une émulsion, considéra plus tard ses globules comme des éléments cellulaires. Malgré ces travaux, l'opinion de Macker est encore généralement adoptée; c'est celle que Frey accepte; toutefois, il pense que les globules graisseux sont entourés d'une couche de caséine.

Le lait n'est pas un simple mélange physico-chimique; c'est un produit physiologique, généralement consécutif à la parturition et succédant au colostrum. Il contient diverses matières albuminoïdes; indépendamment de la caséine, l'auteur a pu en caractériser deux : la lactalbumine et la galactozymase.

La caséine, à l'état pur, est un corps solide, qui peut se combiner avec diverses substances; elle est très soluble dans les alcalis; l'eau pure en dissout un peu, et cette solution rougit faiblement la teinture de tournesol à la façon des acides. Contrairement à l'opinion courante elle ne se coagule pas : la chaleur ne la rend pas insoluble dans les liquides alcalins.

Quand on a retiré la caséine, on trouve dans le lait un produit coagulable, la lactalbumine; ce corps une fois coagulé devient insoluble dans les solutions de carbonates alcalins. La caséine et la lactalbumine n'existent pas dans le lait à l'état libre, mais à l'état de combinaison alcaline; c'est pourquoi l'alcool ne coagule pas le lait.

Ces recherches ont été entreprises surtout pour montrer que les globules du lait sont de véritables cellules. Ces globules sont difficiles à isoler tant à cause de leurs mouvements qu'à cause de leur viscosité. Pour les étudier, on les retient par filtration, puis on les lave avec une solution de carbonate d'ammoniaque qui entraîne les matières albuminoïdes. Une fois isolés, ces globules peuvent être desséchés sans graisser le papier, et on peut les conserver indéfiniment dans le carbonate d'ammoniaque ou dans de l'alcool faible.

En chauffant ces globules, on peut arriver à séparer leur contenu, le beurre, des enveloppes, et celles-ci ont une certaine importance puisqu'elles constituent une quantité de 1,3 p. 100 de la masse.

Bien plus, même après la destruction du globule, l'enveloppe peut conserver sa forme; pour cela, on essore les globules sur un filtre et on les porte dans l'éther; le beurre est dissous, mais les enveloppes persistent et gardent leur forme membraneuse. Elles ne sont pas constituées par de la caséine, car les carbonates alcalins ne les dissolvent pas. Quand on baratte la crème, on rompt les enveloppes des globules et le beurre résulte de la fusion de leur contenu.

Il n'est donc plus possible d'assimiler le lait à une simple émulsion. Les globules proviennent de la transformation du noyau des cellules du colostrum mis en liberté. C'est un produit directement glandulaire.

Cette étude a été entreprise sur le lait de vache.

Le lait de femme n'est pas coagulable spontanément; il ne contient pas de caséine, mais d'autres albumines que M. Béchamp n'a pas pu isoler. Le lait se coagule à cause des microzymas qu'il contient; aussi quand il se coagule, il ne contient pas de vibrioniens; ceux-ci n'apparaissent que plus tard.

M. Nocart : M. Béchamp regarde comme démontré que le lait se coagule spontanément. Je ne suis pas de son avis. Il suffit pour démontrer le contraire de recueillir du lait à l'abri des germes, et c'est ainsi que je conserve depuis plusieurs années du lait de vache non coagulé.

M. Béchamp demande que l'on veuille bien remettre la discussion de ce point particulier à une autre communication qu'il a l'intention de faire.

— M. Laborde fait au nom de M. Arnaud, préparateur de M. Chevreul, une observation à propos du procès-verbal de la dernière séance. Il a été question de diverses strophantines. Ces substances n'ont pas été étudiées au point de vue chimique; ce sont des extraits de strophantus plus ou moins purifiés. Jusqu'à preuve du contraire, il n'existe qu'une strophantine dont la formule a été nettement déterminée et qui est toujours identique.

— M. Guérin : A propos de la transmissibilité du tétanos et de sa nature infectieuse, j'émettrai des doutes sur plusieurs points. M. Verneuil lui-même, très affirmatif sur l'origine équine du tétanos, fait des réserves sur la transmissibilité inter-humaine de la maladie.

Il semble démontré que le tétanos soit inoculable au moyen des chairs voisines de la plaie, de la moelle épinière, etc.; le sang seul ne paraît pas se prêter aux inoculations. Il y a donc un virus, mais celui-ci n'est pas connu, et les travaux des bactériologistes n'ont encore rien donné de positif.

D'après plusieurs autopsies que j'ai faites, je crois pouvoir affirmer qu'il y a dans la moelle des points où les lésions sont localisées; il y a alors une sorte de myélite partielle, et c'est là qu'il faudrait rechercher l'agent de la maladie.

La clinique fait cependant naître quelques doutes sur le rôle des micro-organismes qui peuvent être contenus dans l'air. A l'aide des précautions nécessaires et bien connues, on peut éviter l'infection septique, mais non le tétanos. Cette maladie se développe sous le pansement ouaté; elle n'est pas rare avec le pansement de Lister. Je penserais volontiers que le tétanos est produit par un poison qui ne serait pas sans analogie avec le curare ou la toxine de Brieger. C'est une maladie qui n'est pas transmissible à distance comme la rougeole, la scarlatine ou la diphthérie, et il n'est pas démontré qu'elle le soit autrement. On ne connait pas de faits prouvant d'une manière évidente la transmission du tétanos d'un homme ou d'un animal à un autre.

C'est une affection à rapprocher de la rage; elle est aussi épidémique, inoculable, mais non contagieuse. Je crois que, dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'une myélite septique.

La contagion immédiate n'est pas encore démontrée par des faits positifs, et cepen-

dant M. Verneuil admet une contagion directe d'une manière exclusive. Comment expliquera-t-il le tétanos survenant en mer ou dans les pays dépourvus de chevaux?

M. Verneuil : La discussion doit être serrée de très près; aussi, je demande à répondre à tête reposée. M. Fontan, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon, a fait une enquête sur la pathogénie du tétanos dans les régions tropicales. Il m'en a adressé les résultats que je dépose sur le bureau de l'Académie.

Je demande qu'on sépare la question de l'origine équine de la question de contagion. Sur le premier point, je n'ai pas été aussi affirmatif qu'on l'a dit.

— M. Laborde lit le rapport de la commission du prix Pourrat. Il commence par rendre hommage à la mémoire de ce confrère qui a fondé le premier prix de physiologie que l'Académie ait à décerner. Le sujet proposé était : « La physiologie du muscle cardiaque. »

— L'Académie se constitue ensuite en comité secret. — P. C.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Italie. — Le professeur Salvioli, qui occupait à l'Université de Gênes la chaire de pathologie générale, vient de mourir âgé 35 ans.

Bruxelles. — Une mort très regrettable est venu jeter le deuil à la distribution des prix de l'Académie royale de médecine. Le prix fondé par l'Etat pour la solution de la question suivante : de l'hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies, a été accordé au docteur Scoby qui venait de mourir quelques jours auparavant.

— Dans la séance du 25 octobre dernier, la *Société de médecine de Magdebourg* a adopté la résolution suivante :

« Dans les temps difficiles que nous traversons, au milieu de discussions navrantes, la gloire et l'honneur de la science allemande ont été défendus de la façon la plus digne par les représentants les plus compétents et les plus autorisés du corps médical allemand : MM. les professeur Gerhardt et V. Bergmann. La Société de médecine de Magdebourg croit de son devoir et tient à honneur d'envoyer à ces maîtres qui portent si haut le drapeau de la science allemande l'expression émue de sa gratitude et de sa vénération. Comme marque éclatante de ses sentiments de reconnaissance, elle les nomme membres honoraires, titre qui a été accepté avec empressement.

Cours d'hygiène aux membres de l'enseignement et de l'administration a Berlin. — Sur la proposition du ministre de l'instruction et des cultes, des cours d'hygiène vont être institués dans le courant du mois de décembre, sous la direction du conseiller intime, professeur Koch. Ces cours qui seront spécialement faits pour les fonctionnaires de l'administration et de l'enseignement consisteront principalement en démonstrations exécutées au musée et à l'Institut d'hygiène ainsi qu'en excursions ayant pour objet de visiter les établissements sanitaires de la ville de Berlin. C'est le moyen de donner à ces fonctionnaires les connaissances en hygiène qui leur sont nécessaires dans leur ressort en leur prenant le moins de temps possible. Ces cours ne seront pas d'une longue durée; les premiers commenceront pour les fonctionnaires de l'administration du 3 au 15 décembre, les seconds, pour les membres de l'enseignement auront lieu du 17 au 22 décembre.

Bactéries des glaciers. — Schmelck (de Christiania), d'après le *Centralblatt f. bacteriologie*, a trouvé sur le Jerstedalsbræ, le plus vaste glacier de l'Europe, ainsi que dans les eaux des torrents alimentés par les glaces fondantes et les neiges, d'immenses colonies de bactéries. Pendant leur croissance, ces bactéries formaient une substance colorante fluorescente.

Au microscope, elles apparaissaient sous forme de bâtonnets mobiles et ressemblaient pendant leur croissance au bacillus fluorescens liquefaciens. L'auteur voit une certaine

relation entre la présence de ces bactéries dans les régions glaciales et la teinte verdâtre des eaux provenant de la fonte des glaces. Pendant le dégel, ces bactéries se multiplient avec une grande rapidité. — Ch. S.

COURRIER

Le laboratoire de recherches de botanique, dirigé par M. le professeur Gaston Bonnier, est ouvert à la Sorbonne, pendant l'année scolaire, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir. — On s'inscrit de deux à quatre heures, au laboratoire (escalier E, au deuxième étage).

Le laboratoire d'enseignement est ouvert depuis le 10 novembre. Les exercices et travaux pratiques de morphologie, de physiologie et de botanique systématique dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles auront lieu sous la direction du professeur. — Les manipulations en vue de la préparation spéciale à la licence commenceront le 15 mars. Des conférences spéciales seront faites au laboratoire en vue de la préparation à l'agrégation. Des excursions botaniques compléteront l'enseignement.

Bulletin des maladies épidémiques. — M. le docteur Lardier (de Rambervillers) vient de prendre l'initiative d'une proposition à laquelle tous les hygiénistes ne pourront manquer d'applaudir. Notre honorable confrère rappelle d'abord que la plupart des épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine, de diphthérie, etc., sont *importées* soit par un soldat qui, après avoir été en congé et s'être trouvé accidentellement dans un milieu contaminé, rapporte au régiment des germes morbides ; soit par un collégien qui, dans les mêmes conditions, peut infecter ses camarades ou encore par toute personne qui se déplace et peut se trouver en contact avec des malades ; puis il cherche les moyens qui pourraient, dans des cas, éviter un danger réel. Une connaissance parfaite de l'état sanitaire, au point de vue des maladies épidémiques, de la plupart des localités lui paraît de nature à rendre problématique la dissémination des germes. Sachant que dans telle ville, dans tel chef-lieu de canton, sévissent la diphthérie, la scarlatine ou la fièvre typhoïde, on hésitera, dit-il, à y envoyer en permission les collégiens ou les soldats. Ajoutons que l'on pourra, tout au moins au moment où ceux-ci rejoindront la caserne ou le collège, prendre certaines mesures de préservation. La création d'un *Bulletin hebdomadaire des maladies épidémiques en France* répond donc à un besoin réel. Une publication de ce genre, qui pourrait être annexée au *Journal officiel* et communiquée ainsi à tous les agents de l'autorité, puis, par leur intermédiaire, aux médecins et aux instituteurs, rendrait à la santé publique les services les plus méritoires. C'est pourquoi nous avons voulu nous associer tout de suite à la proposition de M. le docteur P. Lardier.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 novembre 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Abadie : Etiologie du tétanos. — 2. M. Trousseau : Un cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise. — 3. M. Budin : Dilatation du siège. — Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La communication de M. Odo Bujwid (de Varsovie), sur le traitement de la rage par les inoculations d'intensité différente, est la justification de la méthode intensive de M. Pasteur. Les chiffres cités sont les meilleurs arguments qu'on puisse invoquer; avec la méthode simple, on eut 1 cas de mort sur 104; avec des injections plus faibles encore, 8 sur 193; enfin, avec les injections intensives, aucun cas de mort sur 370 personnes mordues par des chiens reconnus enragés. On ne peut évidemment donner de meilleure preuve de l'efficacité et de l'innocuité de la méthode, ainsi que de l'habileté de l'opérateur.

Les indécisions, les doutes, les contradictions qui existent encore dans les faits invoqués à l'appui de la nature infectieuse du tétanos ont été relevés par M. Alph. Guérin; ce sont pour lui autant de raisons de n'admettre cette origine qu'avec réserves. En attendant que ces imperfections soient réparées, M. Guérin appelle l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes sur les lésions de la moelle qu'il a trouvées dans certains cas de tétanos, et se demande s'il n'y aurait pas lieu de chercher dans ces points

FEUILLETON

LES MÉDECINS DANS LE ROMAN D'AUJOURD'HUI.

Savez vous, chers confrères, quelle opinion MM. les romanciers ont des médecins en général et sous quelles couleurs ils les présentent au public ?

Sauf quelques bonnes charges qui forcent l'attention (comme Mont-Oriol), les soins de votre clientèle, d'autres travaux scientifiques ne vous laissent que fort peu de temps à consacrer à la lecture des romans qui paraissent tous les jours, et vous n'avez probablement pas eu le loisir de vous faire une idée bien nette à ce sujet.

Une longue réclusion à la chambre m'a permis de faire ce petit travail fort intéressant, à mon avis, car on est toujours curieux d'apprendre comment est apprécié le corps dont on fait partie, par des gens intelligents, instruits, dont le métier est d'observer et qui ont, par leurs écrits, une grande influence sur l'opinion du monde.

Je ne crois donc pas inutile de rapporter ici les impressions que m'a causées, à ce point de vue particulièrement professionnel et médical, la lecture d'un certain nombre de romans récents.

Je vais d'abord résumer l'un d'eux ayant pour objet spécial de peindre un type ou plutôt le type du médecin en 1888 (*Monsieur le docteur*, par G. Regnal) (1); puis je pas-

(1) Librairie mondaine 1888.

les agents de la production de la maladie, qu'on a cherchés jusqu'ici un peu partout sans grand succès. C'est là peut-être qu'on trouverait cette ptomaïne, cette *toxine* de Brieger, qui lui paraît la véritable cause du mal, bien plutôt que les micro-organismes qu'on a décrits comme spécifiques du tétanos, et contre lesquels tous les procédés de la méthode antiseptique sont impuissants, même le pansement ouaté

L'association de la compression élastique à la résection du thorax a donné de bons résultats à M. le professeur Dubreuil (de Montpellier) dans le traitement de l'empyème.

— A la Société de biologie, MM. Brissaud et Sabourin, étudiant l'anatomie comparée, normale et pathologique, du foie, ont démontré que cet organe, contrairement à ce qu'on admettait jusqu'ici, ne diffère pas des autres glandes, sous le rapport de la disposition de ses conduits excréteurs, qui se trouvent au centre des lobules. De plus, la communication entre le système-porte et les veines sus-hépatiques se fait de deux manières : 1° par l'intermédiaire des capillaires; 2° par des branches allant directement de la veine-porte aux veines sus-hépatiques.

Les propriétés antiseptiques de l'acide fluorhydrique seraient absolument nulles contre le microbe de la blennorrhagie, d'après MM. Du Castel et Daniel Critzman. En effet, des solutions à 1 p. 20,000, 1 p. 2,000 et même 1 p. 1,000 sont restées absolument inefficaces; de plus, la dernière était tellement irritante pour la muqueuse de l'urèthre, qu'il a fallu renoncer aux expériences tentées dans cette voie.

M. François Franck a étudié de nouveau les mouvements du cœur sur une femme atteinte d'ectopie cardiaque et dont il a été question déjà en 1877 et en 1883. Il est bon de rappeler ces dates, pour éviter de ne pas rapporter à trois sujets différents le même cas.

M. Victor Wallich a confirmé les opinions de MM. Terrillon, H. Martin, Nicaise, Poulet, Vaillard, etc., relativement à la nature tuberculeuse des kystes à grains riziformes, et M. Soulié celles de M. Lawson sur l'origine

---

serai rapidement en revue les plus intéressantes silhouettes de médecins esquissées par les auteurs les plus connus, ainsi que les remarques ou critiques à nous adressées.

Outre le plaisir de savoir ce qu'on pense de nous, cette petite revue nous procurera, peut-être, une autre satisfaction : celle d'évaluer le talent d'observation de nos juges. Car si, d'après le précepte du philosophe ancien, il est difficile de se connaître soi-même, il l'est beaucoup moins, je crois, de connaître la valeur d'une réunion, d'une association, d'un corps dont on est membre. D'après la ressemblance du portrait nous pourrons juger du talent du peintre.

Le type du médecin que M. Regnal nous présente dans son livre est naturellement un charlatan.

Une courte digression à propos de l'invasion du charlatanisme en médecine :

« Monsieur, j'ai l'ambition d'être médecin, fait dire à l'un de ses héros Dumas père, dans *Joseph Balsamo* » — « Belle et noble carrière, répond l'interlocuteur mis en scène, J. J. Rousseau, où l'on peut choisir entre la vraie science modeste et martyre et le charlatanisme effronté, doré et obèse. Si vous avez aimez la vérité, jeune homme, devenez médecin; si vous aimez l'éclat, faites vous médecin. »

Un peu plus tard, Véron écrivait : « On peut se faire à Paris une position honorée, acquérir une espèce de fortune en exerçant la médecine et en prenant le haut du pavé *moitié* par son savoir et *moitié* par son savoir-faire. »

Aujourd'hui, selon M. G. Regnal « on arrive avec un dixième de science et neuf

microbienne du paludisme. Les corps décrits par Lawson ont été constatés une fois sur vingt par M. Soulié.

M. Brown-Séquard avait vu, dans une première série d'expériences, les injections d'eau tuer presque tous les animaux, même quand la quantité de liquide introduit était peu considérable. De nouvelles expériences, faites avec les échantillons d'eau de Paris les plus divers, sont restées négatives, même à forte dose. Cela tendrait à prouver qu'au moins dans certaines circonstances, encore indéterminées, l'eau de Paris n'est pas dangereuse, tandis qu'elle peut l'être dans d'autres. — L.-H. P.

De la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer en hiver.

Par le docteur DE VALCOURT (de Cannes).

La climatothérapie a été conseillée de tout temps dans le traitement de la phthisie pulmonaire. On a insisté dernièrement sur l'influence favorable des altitudes alpestres, et aussi sur les bienfaits de la cure d'air méthodique combinée avec la gymnastique et le massage. Les fondateurs des *sanatoria* allemands ont publié à ce sujet une statistique des plus encourageantes.

Nous avons grande confiance dans ce système d'hygiène pulmonaire, et avant de connaître les travaux de nos voisins d'Outre-Rhin, nous prescrivions déjà à nos malades atteints de phthisie pulmonaire la cure d'air, la gymnastique et les ablutions d'eau de mer. Il faut cependant avouer qu'à côté de succès réels et complets, nous rencontrons malheureusement des cas où la marche de la tuberculose ne peut être enrayée.

Heureusement il n'en est pas de même en ce qui concerne les diverses manifestations de la scrofule, et notamment pour la tuberculose osseuse; là, l'aérothérapie et l'hydrothérapie marines, puissants adjuvants du traitement chirurgical, nous donnent des résultats si réels que la guérison est la règle, et l'insuccès l'exception.

Il faut aux enfants scrofuleux l'air, le soleil, les bains de mer, et c'est sur le littoral méditerranéen, mieux que partout ailleurs qu'ils trouvent toutes ces conditions réunies.

Grâce à la générosité de M. J. Dollfus, si connu par ses œuvres philanthropiques, un hôpital maritime a été fondé à Cannes en 1881.

---

dixièmes d'habileté; et encore, ajoute-t-il, nous ne sommes qu'en 1874 », laissant entendre qu'en 1888 on fait bon marché du dernier dixième.

Abrial de Perrit (le héros de *Monsieur le docteur*) est arrivé à l'internat, non à force de veilles, mais grâce à une grande facilité de travail. Ce fils d'un paysan du midi est un bohème; heureux tant qu'il sent une pièce de cent sous dans sa poche, sans souci du lendemain; une grisette, une partie de canotage lui font sacrifier le travail, l'occasion propice qui assure l'avenir. Aussi est-il à trente ans docteur sans clientèle, dans une réelle misère, et réduit pour vivre aux expédients d'une honnêteté douteuse.

Un soir, cependant, la fortune frappe à sa porte. Mme de Vongis est malade. Cette Mme de Vongis rentre dans la catégorie des femmes qu'on désigne sous le nom de demi-castor, elle est assez riche et possède une fille nubile. Tout en traitant la fausse couche de la mère, Abrial fait la cour à la fille qui répond à ses feux avec une ardeur que l'intrigant sait habilement modérer dès qu'il s'aperçoit que l'ex-courtisane va mourir, et qu'ainsi cette fille de Coralie devient une héritière. Bref, il réussit à épouser, et ne songe bientôt plus qu'à mener, avec les deniers de sa femme, une existence de coq en pâte et à gagner cet honnête embonpoint bien réparti qui donne à l'homme la majesté.

Mais Estina est une femme pratique : « Nous mangeons notre capital, s'écrie-t-elle un jour, voici les chiffres, il nous faudra, si tu ne tentes quelque chose, nous résigner à habiter la province. »

— Que faire donc pour échapper à cette dure nécessité et pour gagner le bon

Les enfants arrivent au commencement d'octobre pour rester jusqu'au 1er juin. Le traitement général consiste en lait salé, huile de foie de morue, phosphate de chaux, infusion de houblon donnée comme boisson, bains de mer. Nos petits malades restent, le plus possible sur la plage, et, quand ils sont à la maison, ils continuent à vivre au grand air, car toutes les fenêtres sont ouvertes pendant la journée, même en hiver.

Dès le début de notre établissement, les bains de mer ont été prescrits; mais nous les interrompions fin novembre pour ne les commencer qu'en mars. Peu à peu nous avons raccourci la période d'arrêt, l'expérience nous ayant appris que non seulement il n'existait pas d'inconvénients, mais qu'il y avait de grands avantages à continuer les bains pendant l'hiver. C'est ainsi que, la saison dernière, les bains ont été arrêtés le 27 décembre et repris dès le 11 janvier. Encore cette interruption si courte n'est-elle pas nécessaire, la température de l'eau ne descendant pas au-dessous de 12° centig.

Or, les enfants, arrivant en octobre, s'habituent graduellement à l'abaisssment de la température de l'eau. Il va sans dire que les bains ont une courte durée (de deux à dix minutes, selon la température de l'eau et de l'air); de plus, ils sont interrompus les jours de grandes pluies ou de grands froids, ainsi que le dimanche, ce qui donne une moyenne de vingt bains par mois.

Nous sommes convaincus que les bains courts et froids, pris en hiver, sont particulièrement toniques et sont préférables, du moins dans la Méditerranée, aux bains de longue durée, pendant l'été, alors que l'eau de mer est presque tiède.

Nos enfants supportent admirablement ce régime; ils se fortifient rapidement et ne sont pas sujets aux affections des voies respiratoires. Jusqu'ici, nous n'avons eu ni pneumonie, ni pleurésie, ni même de simples bronchites. Bien plus, un enfant qui ne s'était plaint d'aucune maladie le matin, prit un bain comme les autres et eut le même soir une éruption confluente de rougeole; la maladie suivit son cours anormal et la toux fut moindre qu'on ne la rencontre habituellement en pareil cas.

Nous faisons porter aux enfants atteints de scoliose ou de mal de Pott un corset de Sayre, qu'on enlève à l'heure du bain. Nous ne recevons pas les enfants coxalgiques, à la période des contractures douloureuses, étant persuadés qu'à ce moment l'immobilité et l'extension sont de rigueur; de plus, les bains de mer seraient alors trop excitants. Mais à tout autre stade de la coxalgie, nous constatons les bienfaits de l'hydrothérapie marine. La suppuration, même très abondante, n'est pas une contre-indication, bien au contraire; non seulement nous donnons des bains, mais nous fai-

---

argent ? — Choisir une spécialité, se lancer, explique un ami de la maison, tripoteur d'affaires.

« Mon cher, un médecin c'est cent fois plus facile à lancer qu'un mauvais roman! — « (Vous êtes orfèvre, Monsieur Josse), — nous avons dit que vous prenez une spécialité, « l'estomac, je crois... Vous commencez par inventer un instrument quelconque : tenez, « j'imagine une sonde à laquelle vous donnez votre nom : l'*œsophagine De Perrit* avec « un grand D, hein? comme cela arrange votre nom, sans la prétention bête de la « particule!... avec votre appareil, vous inventez une nouvelle méthode thérapeutique; « puis vous écrivez ou faites écrire des brochures, des articles de journaux annonçant « l'admirable système au moyen duquel vous dilatez les estomacs contractés ou, au « contraire, vous contractez les estomacs dilatés, etc. »

Suit alors l'énumération des conseils sur les moyens de piper les clients, de les enthousiasmer, de leur faire colporter partout les louanges du médecin et ses cures merveilleuses, ainsi que toutes les roueries que nous connaissons, grâce auxquelles De Perrit ne tarde pas à se faire connaître et à devenir célèbre. Il ne peut bientôt plus suffire aux consultations qui lui sont demandées; l'argent afflue de toutes parts. Le médecin à la mode donne alors des soirées fort agréables où les maris viennent sans leurs femmes, où les rastaquouères et les exotiques abondent avec les artistes, et où figurent surtout nombre de reporters.

Mais les bénéfices du cabinet ne doivent pas suffire à l'appétit d'Abrial, les revenus d'une affaire médico-commerciale vont encore augmenter ses richesses. C'est pourquoi

sons, parfois, des applications de compresses d'eau salée sans négliger les pansements boratés, salicylés, phéniqués et iodoformés.

La plupart des enfants, ceux surtout qui sont atteints de scoliose, font de la gymnastique, quelques-uns ont des séances de massage.

Voici les résultats obtenus pendant la saison dernière :

Coxalgie : 5 guérisons, 1 en voie de guérison.

Scoliose : 1 cas, grande amélioration.

Mal de Pott : 3 cas, grande amélioration.

Tumeur blanche du genou : 2 cas, guérison; 2 cas, en voie de guérison.

Anémie : 1 cas, guérison.

Scrofule ganglionnaire : 1 cas, mort subite.

Blépharite : 1 cas, amélioration.

Syphilis héréditaire : 1 cas, amélioration.

Ostéite du pied : 3 cas, guérison; 2 en voie de guérison;

Ostéite du tibia : 1 cas, guérison.

Tumeur blanche du coude : 1 cas, guérison.

Scrofulides : 1 cas, amélioration.

Adénopathie bronchique : 1 cas, guérison.

Paralysie infantile : 1 cas, amélioration.

Tous ces enfants sont donc ou guéris, ou en voie de guérison, sauf un seul, qui es mort subitement pendant la nuit, probablement d'embolie.

Un de nos coxalgiques, ayant un abcès profond de la région trochantérienne, dut suspendre ses bains pendant la période de formation de la collection purulente, laquelle fut évacuée et drainée. Trois jours après, l'enfant reprit ses bains et la guérison fit de rapides progrès.

L'enfant atteint d'ostéite du coude arriva à Cannes avec un bras dans un état si déplorable comme tuméfaction, suppuration profuse, carie, etc., qu'il avait été un moment question de pratiquer soit l'amputation, soit une vaste résection; or, la guérison a été obtenue complète sans autre opération que l'extirpation de quelques séquestres et la rugination du foyer de la tuberculose osseuse.

Nous sommes en droit de conclure que, pour obtenir la guérison rapide de la scrofule, il faut, outre l'intervention chirurgicale, rechercher les meilleures conditions hygiéniques, savoir le grand air, le soleil et les bains de mer surtout en hiver, et que c'est sur les bords de la Méditerranée que l'on trouve toutes ces conditions réunies.

---

l'on voit s'ouvrir sur le boulevard un élégant magasin, correct, coquet, pour la vente du *Reconstituant*, sorte de revalescière patronnée par notre spécialiste et lancée par une réclame habile.

« Oui ou non, cette connivence entre médecins et industriels est-elle blâmable ? « demande l'auteur. Il est toujours permis, répondent les intéressés, de chercher com- « mercialement la fortune et d'attirer chez soi l'argent de ce bon public qui ne demande « qu'à dépenser et qui porterait chez le voisin ce qu'on aurait scrupule de prendre. »

Abrial, à l'apogée ds ses succès, obtient la croix, non sans peine, et ambitionne un fauteuil à l'Académie. A cet effet, un chef de clinique intelligent lui confectionne livres, brochures, articles scientifiques. Mais ce chef de clinique à qui il se voit obligé de refuser la main de sa fille, devient son ennemi. Dès lors, l'œsophagine De Perrit commence à perdre de son éclat. Enfin se montre le doigt de la Providence et le charlatan est vaincu : sa femme, par une juste ironie des choses d'ici-bas, souffrait justement depuis longtemps de l'estomac, et, pour ne point faire de tort à la réputation du grand spécialiste, elle subissait le perpétuel supplice de cacher son mal ou tout au moins d'en dissimuler le siège. Un jour, elle est prise d'une crise gastrique suivie de syncope. Son mari, qui ne sait pas se servir de la machine électrique, par une maladroite disposition des courants, la tue au moment où entre le fameux chef de clinique, qui ne manque pas une si belle occasion de perdre son maître en faisant remarquer à tous les assistants la fatale bévue de l'ignorant praticien.

Inutile d'ajouter que l'implacable jeune homme succède à de Perrit, reprend ses

REVUE DES JOURNAUX

Seconde série de 1,000 cas consécutifs de laparotomie, par Lawson Tait. (*Bulletin médical*, nov. 1888). — Le docteur Lawson Tait nous fait connaître une nouvelle série de 1,000 laparotomies recueillies en quatre ans (1884-1888), qui lui a fourni une mortalité beaucoup moindre que la première (53 p. 1,000 au lieu de 92). Il est intéressant de rechercher les causes de cette diminution. En voici une entre autres :

Quand le diagnostic était douteux ou difficile, Tait n'a pas hésité à faire une incision abdominale exploratrice, ce qui permet d'opérer en temps plus opportun ; il ajoute qu'il faut opérer dès que la tumeur est découverte, au lieu d'attendre comme font Spencer Wells et ses élèves, que la femme ne puisse plus vaquer à ses occupations. Il faut agir pour les tumeurs de l'abdomen comme pour toutes les autres, et les opérations faites de bonne heure sont celles qui réussissent.

M. Lawson Tait blâme à ce propos les médecins qui n'ont recours aux chirurgiens qu'après avoir épuisé tous les moyens médicaux, alors qu'il s'agit d'affections qui ne peuvent guérir que par l'ablation, et il en est ainsi la plupart du temps pour les tumeurs de l'abdomen. Il cite entre autres exemples une grossesse tubaire et une tumeur papillomateuse de l'ovaire, dont on lui envoya les sujets alors qu'ils étaient à la dernière extrémité.

L'incertitude du diagnostic dans certains cas analogues est une des raisons qui ont rendu M. L. Tait partisan convaincu de l'utilité des incisions exploratrices, qu'il emploie de préférence aux ponctions dans tous les cas où celles-ci sembleraient indiquées ; il ne ponctionne plus jamais, il explore. Dans cette seconde série, il a fait 53 incisions exploratrices : 30 fois au moins il a pu ainsi enlever la tumeur avec succès ; 2 fois seulement la mort survint, sans que celle-ci ait pu être attribuée à l'opération ; dans certaines tumeurs inopérables, avec ascite, il a fait suivre l'exploration du drainage de l'abdomen.

Un autre groupe de la deuxième série comprend : 263 cas d'opérations pour maladies chroniques inflammatoires des annexes de l'utérus, avec une mortalité de 3, 4, au lieu de 5 p. 100, diminution due également à une plus grande expérience, à l'absence presque totale de simples incisions exploratrices et d'opérations incomplètes.

A ce propos, M. Tait juge très sévèrement le traitement électrique appliqué soit à ces inflammations chroniques des annexes, soit à des tumeurs fibreuses, et dont les

---

clients, continue à participer aux bénéfices réalisés par le reconstituant, etc. ; mais, tout en faisant une belle fortune, il n'a pas le fulgurant succès de son prédécesseur. Il a beau faire, il ne peut être aussi charlatan que lui.

Sauf quelques inexactitudes de détail, ce type de charlatan n'est pas mal troussé. Mais il y a un malheur, pour nous assurément, c'est que d'après l'auteur, qui nous est franchement hostile, à de rares exceptions près, tous les médecins sont taillés sur ce patron.

Ecoutez ces quelques bribes de conversation dans un des fameux dîners d'Abrial :

« Pourquoi le médecin ne ferait-il pas son métier comme un boutiquier? Est-ce que « nos études ne nous ont pas coûté autant que l'achat d'un fonds de commerce. Est-ce « qu'il faut avoir des scrupules avec le client qui, de son côté, cherche à refaire le pra- « ticien tant qu'il peut? Il ne faut pas être bête..... Quand le pot-de-vin fleurit dans « les plus hautes sphères, à tel point qu'on a fini par le trouver légitime, quand rien ne « se fait plus que par intermédiaires intéressés, pourquoi les médecins seuls devraient-ils « être niaisement dupes d'un ridicule point d'honneur? Le fameux docteur Phrénide « n'a-t-il pas fait, défait à son gré, la fortune d'Euverneuil-les-Bains? Pourquoi n'esti- « merait-il pas ce qu'elle vaut, sa toute-puissante influence? etc. »

Et cette sortie de la gouvernante toujours muette à l'ordinaire, mais exaltée par ce qu'elle entend dans ce même dîner, à propos d'un médecin qui avait refusé de venir à temps pour un cas de diphthérite :

« Oui, bourreau comme les autres, ses pareils! comme ils sont tous! Ah! comme je les « hais, ces prétendus hommes de science qui s'enrichissent de nos souffrances et de

résultats annoncés lui paraissent sujets à caution. Pour les inflammations d'origine blennorrhagique, qui sont très communes et que les électriciens annoncent comme d'une guérison facile par leur traitement, M. Tait fait à ceux-ci la proposition suivante : qui peut le plus peut le moins; entreprenez la guérison de quelques coudes ou de quelques genoux blennorrhagiques; si vous réussissez, je m'inclinerai et j'admettrai tout ce que vous dites à propos des annexes de l'utérus. « Mais, ajoute-t-il, les articulations sont visibles; si les résultats sont négatifs, on peut les contrôler. Pour l'utérus, le champ opératoire, sur lequel les électriciens agissent, n'est pas visible; c'est la trompe, un canal muqueux, obscur et mystérieux, et ils échappent au contrôle en cas d'insuccès. » Il admet que l'électricité peut être un moyen pour diminuer le nombre des cas soumis à l'intervention chirurgicale, mais leur proportion est bien moindre que ne le prétendent ceux qui en font usage.

Les réserves pour l'électrisation des myomes sont encore plus grandes. On sait que le traitement électrique a eu d'assez nombreux partisans en Angleterre. Mais l'un d'eux eut deux morts, dont il ne parle pas; un autre est arrivé à reconnaître que les bienfaits attribués à l'électrisation peuvent être obtenus plus facilement et avec moins de dangers par d'autres moyens; un troisième secoue maintenant la tête quand on lui demande d'appliquer l'électrolyse sur des malades dont la tumeur paraît devoir être favorable à la méthode, et en pratique l'ablation. L. Tait lui-même l'a essayée sur 15 malades, 3 sont mortes, 9 ont dû être ensuite opérées sur leur demande et ont été guéries, les 3 autres sont encore en observation.

D'autres documents plaident encore contre le traitement électrique : par exemple, les 4 cas rapportés par Brosse dans le *Zeitschrift für Geburts und Gyn.*, t. XV, celui de Gelli (*Ann. di ostetr.*, t. X, p. 170, 1888), celui de Mme Mary Putnam Jacobi (*Amer. Journ. of obst.*, t. XXI, p. 806), etc.

Par contre, la diminution de la mortalité d'une série à l'autre continue dans l'ablation des annexes pour myome : 2,03 pour 100 au lieu de 7, ce qui fait une mortalité bien inférieure à celle du traitement électrique.

La mortalité de l'hystérectomie abdominale est tombée de 35,8 à 11,7 p. 100.

Dans l'obstruction intestinale, L. Tait préfère avoir recours à l'entérotomie, plutôt que de faire des recherches prolongées pour trouver le siège de l'obstacle.

Il est grand partisan, et même sans réserve, du traitement de la péritonite purulente par l'incision et le drainage; c'est un abcès abdominal qu'il faut traiter comme un abcès, et sur 26 cas opérés de cette façon, il a sauvé 22 malades.

« nos larmes! Impassibles, ils font le deuil et la misère, partout où ils entrent. Ils estro-« pient, ils martyrisent, ils tuent sans pitié, sans remords et sans punition! Ils demeu-« rent debout, sacrés, inviolables! Alors que notre siècle ne respecte plus rien, pas « même les autels, eux, ils bravent et défient tout. Sans doute, de temps en temps, « une plaisanterie dans un livre ou sur la scène fait sourire à leurs dépens. Mais c'est « tout! Pas une voix n'a le courage de crier sévèrement, sérieusement contre ces cri-« minels. Personne n'ose révéler leurs meurtres perpétuels et impunis. Ah! si j'avais « été un homme, je n'eusse pas fait rire, moi!... Avec quelle passion j'aurais étudié « afin d'être, en connaissance de cause, un adversaire redoutable! Avec quelle joie « j'aurais arraché le masque fourbe qui cache leur férocité !... ».

Et quelle est la cause de cette frénétique colère? La pauvre gouvernante a eu un malheureux fils affecté de nombreuses arthrites tuberculeuses que la science n'a pas pu guérir; de plus (elle joue de malheur), son mari est mort d'infection purulente consécutive à la cautérisation d'un anthrax, opération faite par un grand pontife de l'art qui n'a pas voulu laisser approcher du mourant un empirique qui prétendait le sauver.

Ne soupçonnez-vous pas, chers confrères, que M. G. Regnal s'efforce d'être *cette voix qui a le courage de crier sévèrement contre les criminels et ose révéler leurs meurtres perpétuels et impunis*. Mais aussi a-t-il *étudié avec passion, afin d'être en connaissance de cause un adversaire redoutable!* Nous allons bien voir.

(*A suivre.*) Dr Charles Schmit.

Dans la péritonite puerpérale, la plus grave de toutes, il n'a eu qu'un succès sur 4 cas.

Enfin, dans 4 opérations de Porro, toutes les mères ont été sauvées et les enfants ont vécu.

Cette statistique parait démontrer, comme se le proposait l'auteur, que plus on avance dans la pratique, plus les résultats tendent à devenir meilleurs. On ne peut donc juger de la valeur d'une opération avec de petits chiffres; il faut avoir des séries nombreuses. — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 novembre 1888. — Présidence de M. E.-R. Perrin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues de la quinzaine; — *Mém. et Bullet. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 3e et 4e fasc., 1887.

M. Gillebert-Dhercourt : Messieurs, vous vous rappelez l'observation de morphinomanie que M. Christian nous a communiquée dans la dernière séance; je puis en citer une toute semblable. Je soigne une jeune femme de 23 ans, qui est arrivée à s'injecter jusqu'à 4 grammes de morphine par jour; elle laissait les aiguilles à demeure dans la peau de l'abdomen. Elle est couverte d'abcès, et, ce matin même, je lui en ai ouvert un qui m'a donné près de 150 grammes de pus. Ne pouvant isoler la malade qui est soignée et surveillée dans un hôtel, je n'ai pu supprimer brusquement la morphine, mais j'ai successivement diminué la dose, et j'en suis à 0,35. Je ne donne aucun médicament et me borne à une bonne hygiène.

A propos de tous ces faits, je me suis demandé si, en présence du nombre croissant des morphinomanes, la Société de médecine ne devrait pas intervenir auprès des pouvoirs publics pour empêcher l'extension du mal. Car il ne faut pas se dissimuler que, s'il y a tant de morphinomanes, cela tient l'extrême facilité qu'ont les malades de se procurer autant de morphine qu'ils le désirent.

M. de Beauvais a vu récemment à Mazas un morphinomane dont les bras étaient couturés de cicatrices de piqûres; il a été forcément soumis à la suppression brusque de la morphine, et il a rapidement guéri.

M. le Président met en discussion la question soulevée par M. Gillebert-Dhercourt.

M. Dubrisay fait remarquer qu'il faudrait d'abord savoir si les pharmaciens sont en dehors de la loi quand ils délivrent de la morphine sur une ancienne ordonnance; la loi dit qu'il faut une ordonnance; elle ne dit pas qu'il en faut chaque fois une nouvelle. En outre, il faudrait empêcher les droguistes de vendre la morphine en grande quantité. Rien n'est plus facile actuellement que d'acheter 500 grammes de morphine chez un droguiste : les dentistes qui ne sont ni docteurs ni officiers de santé s'en procurent tant qu'ils veulent. La question a été discutée au Conseil d'hygiène publique; dès qu'on veut la traiter à fond, on se heurte à la grande question de la liberté des transactions, de la liberté du commerce; il croit que l'on n'aboutira à rien.

M. de Beauvais rappelle que la question a été discutée à la Société de médecine légale, et que l'on a reconnu qu'il n'y avait rien à faire. On avait proposé, comme palliatif, que le pharmacien fût obligé de garder l'ordonnance afin qu'elle ne pût servir indéfiniment.

M. Reliquet croit que la Société doit intervenir. Il s'agit de la santé publique, et cette question prime celle du commerce. Le corps médical demande une réglementation sévère, telle que la morphine, qui est un poison, ne puisse être délivrée à n'importe qui, soit chez le pharmacien, soit chez le droguiste. L'intérêt de la santé publique domine

tout. N'en est-il pas de même dans la lutte contre l'alcoolisme? Un homme éminent, trop tôt enlevé au Sénat, M. Claude, a fait un rapport remarquable dans lequel il a signalé les dangers croissants de l'alcoolisme, et il a complètement laissé de côté la question commerciale.

Différentes observations sont présentées ensuite par divers membres, MM. le président Perrin, de Beauvais, Chervin, Christian, Dubuc, sur la manière la plus pratique de saisir les pouvoirs publics, soit par pétition au Parlement, soit par lettre au ministre compétent; finalement, la Société décide de nommer une commission composée de MM. de Beauvais, Dubrisay, Gillebert-Dhercourt et Christian, qui sera chargée d'étudier la question.

— M. Polaillon dépose une note sur le jeune malade qu'il a présenté dans la dernière séance, et auquel il avait fait, avec un succès complet, l'ablation du péroné dans toute sa diaphyse, dans un cas d'ostéo-myélite aiguë. (Sera publiée.)

— M. Dehenne lit un mémoire intitulé : *De la cataracte. — Manuel opératoire. — Soins consécutifs.* — Du 15 juillet 1886 au 15 octobre 1888, il a pratiqué 245 opérations de cataractes. La première série comprend 94 opérations; la deuxième série donne un total de 151 opérations.

Dans la première série, il y a eu à déplorer 2 phlegmons de l'œil dus à ce que les malades avaient fait remettre leurs pansements par des personues qui n'avaient pas pris les précautions antiseptiques nécessaires, et 2 irido-cyclites attribuables, l'une, à un érysipèle soudain de la face s'étant déclaré le jour même de l'opération, l'autre, à une métastase rhumatismale aiguë de l'épaule à l'œil opéré, huit jours après l'opération et lorsque la plaie cornéenne était complètement cicatrisée, et le malade considéré comme absolument guéri.

Dans la deuxième série, il n'y a pas à noter *un seul phlegmon de l'œil*, un seul accident de suppuration; la statistique ne porte qu'un seul fait d'irido-choroïdite dû à l'imprudence de la malade.

On peut donc actuellement compter sur 99 succès au moins sur 100 dans l'opération de la cataracte.

Ces bons résultats sont attribués par l'auteur aux précautions antiseptiques prises avant, pendant, et surtout après l'opération, au manuel opératoire simplifié. Le chirurgien ne doit confier le soin de ses pansements à qui que ce soit, au moins pendant les six premiers jours qui suivent l'opération.

L'antiseptique le meilleur lui semble être la solution de sublimé au 1/2000.

M. Abadie : Il est un point que je relèverai surtout dans la communication de M. Dehenne. C'est ce qu'il a dit relativement aux accidents éloignés qui arrivent après l'opération de la cataracte et qu'on a eu jusqu'ici l'habitude d'attribuer à quelque imprudence faite par le malade.

Pendant les cinq, six, sept premiers jours même, tout a marché à souhait, la pupille est noire, la vision bonne, on croit le malade définitivement hors de danger, lorsque tout à coup des douleurs éclatent, l'œil s'injecte, rougit, le contenu de la chambre antérieure se trouble, et des exsudats envahissant le champ pupillaire viennent tout compromettre.

En pareille circonstance, on parle de coup d'air, on invoque un refroidissement malencontreux, ou, comme le dit M. Dehenne, dans une de ses observations, le réveil d'une diathèse rhumatismale éteinte. Or, d'après ce que j'ai observé, toutes ces interprétations diverses sont erronées. Il s'agit bel et bien, dans ces cas-là, d'une infection de l'œil d'origine opératoire, mais infection atténuée, soit parce que l'agent virulent avait peu de vitalité au moment de l'inoculation, soit que son énergie ait été en partie détruite par les antiseptiques employés en lavages ou en pansements.

Il me reste à fournir les preuves de ce que j'avance, les voici :

Ces formes d'iritis plastiques qui éclatent ainsi soudainement plusieurs jours après l'opération de la cataracte ont une physionomie toute particulière; elles ne ressemblent nullement aux iritis observées sur les yeux non opérés.

Le contnue de la chambre antérieure devient beaucoup plus trouble, quelquefois floconneux, du pus peut même se déposer à la partie déclive sous forme d'un léger hypopion. L'iris prend un aspect ferme et jaunâtre, des exsudats épais envahissent la pupille.

La maladie affecte des allures beaucoup plus graves que dans les iritis ordinaires, la preuve nous en est fournie par les observations mêmes de M. Dehenne, puisque quelques-uns de ses malades ont perdu rapidement toute perception lumineuse, ce qui n'arrive presque jamais dans les irido-choroïdites vulgaires ou tout au moins seulement lorsque la maladie a traîné en longueur des mois et des années.

Enfin, preuve encore que ces accidents sont d'ordre infectieux, c'est qu'ils deviennent de plus en plus rares, de même que les phlegmons, depuis que l'on emploie les lavages et les pansements antiseptiques.

Je dirai à ce sujet que j'ai cru à un moment que l'asepsie était suffisante pour les opérations oculaires et qu'on pouvait se contenter de lavages avec des solutions saturées d'acide borique.

Je me suis aperçu depuis qu'il est préférable d'employer des solutions antiseptiques, telles que le bi-chlorure d'hydrargyre à 1 p. 2,000.

M. Trousseau : J'ai regretté de ne pas rencontrer dans le travail de M. le docteur Dehenne quelques renseignements sur l'influence du diabète sur les résultats de l'opération de la cataracte. Cette question intéresse tous les médecins, surtout ceux qui sont appelés à conseiller l'opération, aussi je ne crains pas d'abuser de l'attention de la Société en donnant une statistique personnelle sur 30 opérations de cataracte pratiquées chez les diabétiques. Les malades étaient âgés de 50 à 76 ans. La quantité de sucre, au moment de l'opération, variait entre 4 et 50 grammes. Sur ces 30 cas, j'ai eu 26 succès complets, 2 hernies de l'iris (accidents qui ne sauraient être imputés à la diathèse) et 2 iritis dont 1 suppurative. Dans un de ces deux derniers cas, la vision a pu être restituée très bonne par une iridotomie. Il n'y a pas eu un seul cas de suppuration de la plaie.

Si je voulais faire le pourcentage, je pourrais dire, d'après ces faits, que l'opération chez les diabétiques donne 7 p. 100 d'insuccès réparables. Je crois même que cette proportion est beaucoup trop forte, et qu'en somme l'opération peut être faite sans grand danger chez les diabétiques, pourvu qu'on choisisse un moment où la quantité de sucre est au minimum et qu'on tienne compte de l'état général.

En tout cas, le diabète ne paraît pas favoriser l'infection de la plaie opératoire qui doit bien être attribuée aux microbes pathogènes.

M. de Beauvais : M. Dehenne dit qu'il n'opère que quand il n'y a plus trace de sucre dans l'urine. Obtient-il donc si facilement la disparition complète du sucre?

M. Dehenne : Evidemment j'ai exagéré; il s'agit non de la disparition complète du sucre, mais de sa diminution notable, de 60 à 4, par exemple.

Dans ma statistique actuelle, je n'ai pas eu d'accidents chez les diabétiques. Comme lui, je suis convaincu que les diabétiques sont parfaitement opérables, à la condition qu'on les mette, avant l'opération, dans de bonnes conditions d'état général. A ce point de vue spécial, les injections sous-cutanées d'ergotine me semblent tout à fait recommandables; car, grâce à elles, j'obtiens rapidement la disparition ou la diminution notable de la polyurie, de la polydypsie et de la glycosurie.

M. Duroziez : M. Dehenne parle de 99 succès sur 100. Mais qu'entend-il par succès? Jusqu'à quel point l'opéré voit-il, peut-il se servir de ses yeux? C'est là un point de vue pratique qui me paraît d'une importance capitale. En outre, je demanderai à M. Dehenne quelle influence exerce l'âge sur le résultat de l'opération?

M. Dehenne : Il est bien rare qu'une opération de cataracte pratiquée régulièrement ne donne pas un résultat visuel complet, aussi bien pour la vision éloignée que pour la vision rapprochée. Exception doit être faite toutefois pour les cas assez rares où l'opéré était atteint d'une affection des membranes profondes non diagnostiquée avant l'opération.

On peut opérer la cataracte à tout âge. L'âge avancé n'est nullement une contre-

indication; je dirais presque : au contraire. La personne la plus âgée que j'ai opérée était âgée de 87 ans; elle en a maintenant 90. Le résultat a été de tous points excellent. Cette vieille dame lit son journal tous les matins, depuis la premiere lettre jusqu'à la dernière. Ces exemples pourraient se multiplier pour des âges variant de 70 à 85.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

MIXTURE ANTI-ODONTALGIQUE. — Gsell.

Hydrate de chloral	5	grammes.
Camphre pulv.	5	—
Chlorhydrate de cocaïne.	1	gramme.

Mêlez, pour obtenir un liquide huileux. — Une boulette de coton imbibée de cette mixture est introduite dans la cavité de la dent malade. On en renouvelle plusieurs fois l'application si cela est nécessaire. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

MÉDECINS ET PHARMACIENS CONDAMNÉS POUR HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — La Cour de Leipzig vient de condamner un médecin et un pharmacien de Strasbourg, l'un à neuf mois, l'autre à deux mois de prison, pour homicide par imprudence. Le médecin avait écrit sur l'ordonnance *extrait de colchique* au lieu de *teinture de colchique*. On a reproché au pharmacien de n'avoir pour élève qu'un jeune homme inexpérimenté qu'il n'avait pas suffisament surveillé ; mais sa plus grave faute avait été de faire disparaître l'ordonnance du médecin et le livre sur lequel il avait relevé l'ordonnance.

STATISTIQUE DE LA CRÉMATION. — La *Flamme*, organe de la Société de crémation de Berlin, fournit les renseignements suivants sur le nombre total des crémations qui eurent lieu dans les différents pays jusqu'au 1er août 1888 : Italie, 998 crémations ; Gotha, 554 ; Amérique, 287 ; Suède, 39 ; Angleterre, 16 ; France, 7 ; Danemark, 1. Nombre des membres des Sociétés de crémation : en Suède, 3,012 ; en Danemark (Copenhague) 1,326 ; en Hollande, 1,128 ; en Allemagne, 612 ; en Italie, 580 ; à Hambourg, 438 ; en Suisse (Zurich), 390.

COURRIER

LA BACTÉRIOLOGIE AU VAL-DE-GRACE. — M. Vaillard, agrégé du Val-de-Grâce, dont la période d'agrégation est terminée, sera maintenu à Paris pour organiser, à l'intention des médecins militaires, l'enseignement de la bactériologie.

Sur la proposition de M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, et de M. Gaujot, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, le ministre de la guerre a décidé que le laboratoire de bactériologie de cette Ecole serait agrandi de façon à pouvoir recevoir, par séries successives, les médecins militaires désignés pour suivre les conférences de bactériologie.

C'est le point de départ des *cours de perfectionnement* qui seront organisés ultérieurement, pour la médecine opératoire, l'hygiène, etc., etc.

MÉDECINS MEMBRES DES COMITÉS A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — MM. les docteurs Bourneville, Chautemps, Dreyfus-Brissac, Jeanson, Le Fort, A. J. Martin, Monod, Napias, Peyron, Rochard, Th. Roussel et Trélat, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de l'Assistance publique.

MM. les docteurs Ballet, Bergeron, Bouchard, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffart, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, Du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey et Villemin, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de pathologie interne.

MM. les docteurs Berthelot, Mathias Duval, Lagneau, Letourneau, Pozzi, de Quatrefages et Topinard sont nommés membres du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique.

MM. Berthelot, Brouardel, Javal, Rochard et Troisier sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation.

MM. Balzer, Ducastel, Gailleton, Hardy, Humbert, Laillier, Leloir, Mauriac, Pozzi et Ricord, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui doit avoir lieu pendant l'Exposition de 1889.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès national d'otologie et de laryngologie : MM. les docteurs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel (de Lyon), Gellé, Gouguenheim, Joal, Lanois (de Lyon), Ladreit de Lacharrière, Loewenberg, Ménière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux.

Concours d'agrégation. — Le jury du concours d'agrégation de médecine qui doit s'ouvrir à Paris le 15 décembre prochain est ainsi constitué : MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy (de Paris), Tessier (de Lyon), Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille), et Kiener (de Montpellier); *suppléants* : MM. Proust, Hayem, Laboulbène, Ball.

Imprudence et suicide d'un pharmacien. — Un pharmacien diplômé employé chez un de ses collègues du Puy, a délivré, par erreur à une jeune fille, du chlorhydrate de morphine au lieu du sulfate de quinine, dans des capsules.

Après avoir pris la deuxième capsule à une heure d'intervalle de la première la jeune fille ne tarda pas à succomber.

Le pharmacien, fou de désespoir, s'est empoisonné une heure après avec du cyanure de potassium. (*Bulletin médical.*)

Nécrologie. — M. le docteur Mercier (de Fontenay-le-Comte, Vendée). — M. le docteur Bofdanorsky, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, qui serait mort en faisant une opération. — Il était atteint, parait-il, d'anévrysme de l'aorte. — M. le docteur Collin, médecin de la marine. — M. le docteur Benon, médecin de marine. — M. le docteur J. M. Victor Dupré, de Bourg.

Société médico-pratique. — Séance du 26 novembre. — *Ordre du jour :* 1. M. D. Labbé : De l'électricité statique dans le rhumatisme musculaire ; lumbago aigu guéri en une seule séance d'électrisation. — 2. M. P. Blocq : Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie. — 3. M. Huchard : Communication sur une mission médicale en Suisse, en Allemagne, en Autriche et surtout en Russie. — 4. M. Schwartz : Ostéotomie cunéiforme pour redressement d'un cal vicieux. — 5. Election de trois membres titulaires.

N. B. La Commission du prix se réunira à la fin de la séance.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La nature de la chorée. — Son traitement par l'antipyrine.

I

La nature rhumatismale de la chorée a été généralement admise en France depuis les travaux de G. Sée et de Roger.

Parmi les quelques médecins qui combattent cette conception il faut citer en première ligne Joffroy et Comby dont les opinions ont été exposées par notre collègue Le Gendre (*Union médicale*, 1885, 2, 130). Nous ne ferons donc que rappeler en quelques mots la théorie de ces auteurs. Pour eux, la chorée est une névrose cérébro-spinale de croissance; les arthropathies qui sont souvent peu développées, localisées à un petit nombre de jointures, apyrétiques, sont des arthropathies trophiques; les manifestations cardiaques sont presque toujours de pures manifestations fonctionnelles, de la tachycardie sans lésion véritable; le rhumatisme se rencontre dans les antécédents comme toute autre maladie, peut-être plus souvent à cause de sa nature essentiellement anémiante; enfin l'endocardite peut se rencontrer comme la péritonite et la pleurésie parce que les choréiques ne sont pas exempts d'inflammations.

M. Sée, dans ses leçons sur les anémies, parues ici même, a réfuté la théorie de Joffroy et Comby. Nous voulons simplement aujourd'hui montrer qu'en Allemagne l'origine rhumatique de la chorée a beaucoup de partisans avec aussi quelques contradicteurs. Tous ces faits sont réunis dans un travail de E. Peiper (*Deutsche med. Wochens*, 1888, 30), et dans une thèse de B. Hegge, soutenue à Greifswald.

Un des premiers opposants aux idées de Roger fut Steiner (de Prague). Sur 252 cas, il n'en put trouver que 4 dans lesquels le rhumatisme et la chorée coïncidassent. Romberg, Niemeyer, Wunderlich partagent les idées de Steiner.

Henoch est favorable : « C'est le plus souvent, dit-il, dans le déclin ou la convalescence du rhumatisme articulaire que la chorée apparaît et je vous conseille de faire toujours attention chez ces enfants au développement de celle-ci. Quelquefois on observe aussi une alternance des deux affections, mais, presque aussi souvent, ce sont des états rhumatismaux paraissant légers qui sont suivis de chorée, douleurs migratives avec légers gonflements de quelques jointures qui ne durent que deux jours et sont à peine accompagnés de fièvre, ou seulement douleurs dans le dos, dans les mollets, dans diverses jointures sans aucun gonflement et sans fièvre. Je pus souvent observer que la réapparition de telles affections rhumatismales dans le cours de la chorée augmentait de nouveau les mouvements

arrivés à leur déclin. Si, dans ces conditions, on trouve très souvent des lésions valvulaires du cœur, cela s'explique facilement par les rapports connus du rhumatisme avec l'endocarde.» On voit qu'Henoch, ayant remarqué le caractère particulier qu'affectent parfois les douleurs rhumatismales dans la chorée, n'hésite cependant pas à les rattacher au rhumatisme.

Ziemssen, sur 21 cas de chorée, en vit 4 compliqués de rhumatisme. Lebert, Strümpell, Eichorst, reconnaissent aussi le développement relativement commun de la chorée combinée avec des lésions valvulaires ou des affections rhumatismales, mais admettent une fréquence moins absolue que la plupart de nos cliniciens.

Prior (1) s'est élevé contre la coïncidence de la chorée avec le rhumatisme articulaire. Il rapporte ses observations sur 92 choréiques de la clinique de Bonn, observations prises avec le plus grand soin. Il divise ses cas en trois groupes : le premier comprend 85 cas de danse de Saint-Guy, dans lesquels, malgré un examen répété, on ne put découvrir aucune lésion organique du cœur, ou dans lesquels on ne pouvait en rien soupçonner le rhumatisme. Dans le deuxième groupe, il n'y a qu'un cas. Le malade dont il s'agit devait avoir souffert depuis longtemps d'une lésion cardiaque ; d'autre part, quatorze jours avant l'explosion de la chorée, il s'était manifesté des affections rhumatismales de la main et des doigts. Pendant l'observation clinique, on ne constata aucune lésion cardiaque. Dans le troisième groupe sont rapportées 4 chorées compliquées de lésions anciennes du cœur; dans 1 seul de ces cas, un rhumatisme articulaire aigu survenu sept ans auparavant put être considéré comme cause de l'insuffisance mitrale typique existante. Se basant sur ces observations, Prior admit que la chorée est *exceptionnellement* en relation avec l'endocardite, et se résuma de la façon suivante : « Une relation de la chorée avec le rhumatisme aigu et l'endocardite ne peut être admise en général, et, pour le plus grand nombre des cas de chorée, le rapport avec des affections du cœur, est plutôt nul. »

Litten apporta bientôt des résultats opposés (2). D'après des observations recueillies avec soin, il considère « le rhumatisme articulaire aigu comme, avec les affections psychiques, la cause la plus importante et la plus sûrement établie de cette névrose ».

En Angleterre, Stephen Mackensie (3) a rapporté une grande statistique basée sur 439 cas. Nous n'y insisterons pas, M. Sée l'ayant reproduit dans ses cliniques.

Nous avons encore à citer 2 cas où il y eut alternance de la chorée et du rhumatisme articulaire. Ils appartiennent à Brieger et à Hegge (4) (*loco citato*).

Osler (5) a publié un travail intéressant. « Dans l'examen des rapports entre la chorée et le rhumatisme il y a, dit-il, deux points à considérer : l'endocardite pendant l'accès de chorée, les états consécutifs à l'endocardite quand la maladie est terminée. » Pour élucider le premier point, il rapporte 3 cas d'affections mitrales suivies d'autopsies, et ajoute, à la statis-

(1) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, 2.

(2) *Charite Annalen*, 1886, p. 265.

(3) *Report on chorea* (*Brit. Med. Journ.*, 1887, p. 425).

(4) *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1880, 40.

(5) *The cardia crelation of the chorea* (*Amer. Journ. of med. science*, 1887.

tique de Sturger et Raymond, 18 cas tirés de la littérature et suivis d'autopsie. Dans 13 des derniers, il s'agit d'endocardite mitrale. Dans 13 seulement des 125 cas de chorée terminés par la mort, les valvules furent trouvées saines. Assez souvent il put rencontrer de l'endocardite à l'autopsie alors que, pendant la vie, on n'avait pas trouvé de bruits anormaux du cœur. On peut donc penser à la possibilité de l'endocardite même sans symptômes cardiaques éclatants.

La marche ultérieure des affections du cœur fut recherchée par Osler, qui examina 110 sujets ayant eu la chorée de 2 à 16 ans auparavant. Dans 43 cas, il trouva le cœur normal, dans 18 des troubles fonctionnels, dans 54 des lésions organiques. Sur les 43 malades avec le cœur sain, 12 avaient eu 3 accès de chorée au plus, 8 en avaient eu 2, 23 un seul. Dans 2 seulement de ces cas sans lésion cardiaque, on avait observé pendant la chorée un bruit anormal au cœur. 59,37 des cas avec lésions cardiaques n'avaient jamais eu de rhumatisme après la chorée. Osler conclut de là que les affections du cœur, dans la chorée, ne sont pas d'origine rhumatismale. La valvule mitrale fut atteinte 41 fois, les valvules mitrale et aortique 4 fois. Il faut remarquer que Prior, qui tend à considérer comme anémiques les souffles si fréquents, ne rapporte *aucune autopsie*.

Hegge admet l'existence d'une diathèse rhumatismale. Une seule et même matière infectieuse provoque chez les individus prédisposés des affections rhumatismales plus ou moins intenses, c'est-à-dire des inflammations de l'endocarde ou du péricarde, et ces affections ou inflammations rhumatismales sont une des causes les plus fréquentes de la chorée.

Peiper a réuni 30 observations prises avec un soin minutieux, en insistant sur ce point que l'on a toujours cherché à faire la distinction des souffles organiques et non organiques.

Sur ces 30 cas, 14, soit 46,6 p. 100, sont en relation avec des affections du cœur ou des endocardites. Les 30 cas peuvent être divisés en plusieurs groupes.

Au premier groupe appartiennent les faits de chorée qui se lient directement à un rhumatisme articulaire aigu ou dans lesquels le rhumatisme articulaire avait existé plus ou moins longtemps avant l'explosion de la chorée. Ce groupe contient 7 cas. Le rhumatisme articulaire avait précédé la chorée de plus d'un an chez seulement trois des patientes; chez les autres, la chorée apparut dans le cours du rhumatisme; de sorte que le rapport ne peut être nié. Tantôt le rhumatisme se montra sous sa forme typique, tantôt il n'y eut que de légers symptômes rhumatismaux. On n'observa aucun symptôme physique d'affection valvulaire.

Le deuxième groupe ne contient qu'un cas qui est remarquable en ce que, dans le cours de la chorée, pendant l'observation clinique, il se développa un rhumatisme articulaire aigu et une affection du cœur.

Le troisième groupe renferme les chorées compliquées d'endocardite. 5 fois, il s'agissait d'une insuffisance mitrale, 1 fois d'une insuffisance aortique. Un seul des faits offre des relations avec le rhumatisme qui était apparu six mois auparavant. Les endocardites s'étaient produites insidieusement, sans avoir amené de souffrances spéciales, pas même de palpitations.

La chorée à la suite de la péricardite a été regardée comme une névrose réflexe. Aussi Bright a-t-il admis la compression du nerf phrénique comme cause de la chorée, tandis que Babington a placé dans les altérations inflam-

matoires de l'endocarde l'altération qui provoque la maladie par action réflexe sur le plexus cardiaque. Eichorst aussi reconnaît pour beaucoup de cas l'origine réflexe.

Ni observations directes, ni expériences, dit avec raison Peiper, n'ont éclairci définitivement les opinions sur l'étiologie de la chorée. Il paraît bien établi que le rhumatisme articulaire et les lésions valvulaires ne sont que rarement en rapport avec la chorée dans certaines régions. Il est possible que les conditions climatologiques et atmosphériques aient de l'influence. D'après Prior, le nombre des rhumatismes articulaires est très petit dans les environs de Bonn, tandis qu'il est plus grand à Leipzig, plus encore à Paris et beaucoup plus en Angleterre. Peut-être cela explique-t-il les divergences d'idées.

Même parmi les médecins qui regardent le rhumatisme articulaire et les affections du cœur comme des causes importantes de la chorée, des différences notables d'opinion existent encore sur les rapports intimes de la chorée avec ces processus. Il nous semble qu'il n'y a guère plus qu'une seule opinion qui puisse rendre compte d'une façon complète des phénomènes; les microbes sont la cause du rhumatisme et de l'endocardite, ce sont donc eux qu'il faut rendre responsables de la chorée dans les cas où il est possible d'établir la filiation. Or, cette filiation existe dans 3 cas sur 5, comme l'a dit il y a déjà bien longtemps M. le professeur G. Sée, et si l'on veut bien relever soigneusement les statistiques recueillies depuis lors, on verra que cette opinion reste entièrement prouvée et peut être regardée comme l'expression de la vérité au moins dans notre pays.

II

Etant donnée l'action de l'antipyrine sur le système nerveux, il était rationnel de l'employer dans le traitement de la chorée. Bouchard, en décembre 1886, a démontré l'action sédative sur les centres : si on soumet à l'action du médicament un lapin auquel on a coupé un sciatique, tous les muscles entrent en résolution sauf ceux qui correspondent au nerf sectionné. Cette expérience a été confirmée par celles de Caravias et Gley qui ont trouvé que des doses ordinaires diminuent le pouvoir excito-moteur tandis que des doses fortes l'exagèrent, par celle de Chouppe qui a montré que des doses mortelles de strychnine ne le sont plus quand on a administré l'antipyrine. Enfin, Robin a mis en évidence l'action du médicament sur la nutrition élémentaire du système nerveux dans lequel les oxydations sont diminuées.

G. Sée semble avoir le premier employé l'antipyrine dans la chorée; il la déclara inefficace. Vint ensuite Wollner (1) : sa malade ayant été prise de chorée à la suite de la brusque disparition d'un rhumatisme articulaire aigu il administra les médications classiques (salicylate, bromure, propylamine) qui échouèrent, puis ensuite 1 gramme d'antipyrine, trois fois par jour. La guérison survint au bout de douze jours.

Un travail important de M. Legroux porta bientôt la nouvelle médication devant le grand public (2). A l'Académie, il communiqua six observations dont voici les points les plus remarquables : une chorée légère datant

(1) *Munch med. Woch*, 1er février 1887.

(2) Académie de médecine, 27 décembre 1888. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1888.

de quatre mois devenue violente et générale depuis treize jours est guérie en dix jours pleins ou mieux en cinq jours de médication à dose suffisante, pendant lesquels il est absorbé 30 grammes d'antipyrine; une chorée généralisée est guérie en dix-huit jours avec 48 gr. 50 et la maladie rétrocédant peu à peu de groupe musculaire en groupe musculaire. Dans une troisième observation, une chorée datant de vingt-deux jours guérit radicalement en dix jours; puis, dix-sept jours après la cessation de la maladie et de la médication, la chorée reparaît limitée au diaphragme; en trois jours, 9 gr. d'antipyrine ont raison de cette rechute limitée. Enfin, après une suspension complète de la maladie de douze jours, la chorée reparaît presque aussi intense que lors de la première attaque, et dès lors il fallut un traitement de trente-six jours et 109 grammes d'antipyrine pour faire disparaître les caractères choréiques. Un échec se produisit chez une petite fille de 10 ans frappée par une rechute tandis que le médicament avait été efficace dans la première attaque.

En mars 1888, MM. Legroux et Dupré avaient réuni quatorze autres cas. Le plus souvent, disent-ils, ce n'est qu'après quatre, cinq, six jours, c'est-à-dire après absorption de 12, 15, 18 grammes du médicament, que l'on commence à constater la diminution des mouvements. A partir de ce moment les chorées violentes deviennent tolérables et les enfants peuvent remplir eux-mêmes les menus actes de la vie journalière.

Les accidents d'intolérance sont rares; on a noté de la gastralgie, quelques douleurs lombaires, des sueurs localisées aux extrémités, un cas d'abaissement thermique, quelques érythèmes. La dose journalière doit être de 3 grammes, par cachet de 0,50 (2 à chaque repas) ou en dissolution dans l'eau sucrée aromatisée avec l'alcoolat de menthe ou de la chartreuse, etc. Les injections sous-cutanées, malgré la cocaïne, sont trop douloureuses et font pleurer les enfants dont elles excitent la résistance. En fait, MM. Legroux et Dupré regardent l'antipyrine à la fois comme efficace et inoffensive.

Boussi (1) a observé un cas de guérison en huit jours avec 16 grammes d'antipyrine d'une chorée violente post-rhumatismale. Ollivier (2) a obtenu quelques succès, mais regarde la médication comme échouant le plus souvent; ce n'est qu'à doses assez élevées qu'est apparu le rash érythémateux. Huchard (3) relève un échec chez un garçon de 15 ans; la maladie datait de plus de six mois, et on donna pendant douze jours une dose quotidienne de 5 grammes. Laurencin (4) enregistre une guérison au bout d'un mois avec 2 grammes par jour pendant huit jours, puis ensuite 3 grammes; des périodes de calme suivaient l'ingestion de chaque dose de 50 centigrammes.

Devic (5) a fait des recherches, à la clinique de Ferrand, à Lyon. Sur 4 observations, il n'a obtenu la guérison complète dans aucun cas, bien que le médicament ait été administré pendant 24 jours une fois, 41 jours l'autre et enfin 48 et 25 les deux dernières. Probablement, comme le reconnaît Devic, les doses administrées ont été insuffisantes, car, une seule fois, il a donné 3 grammes et a eu une amélioration évidente. Cependant cette dose n'est

(1) Soc. méd. du XI[e] arrond. (*France méd.*, 2 fév. 1888.)

(2) Acad. de méd., 14 fév. 1888.

(3) *Revue gén. de clin. et de therm.*, 1888, 20.

(4) *Lyon méd.*, 11 mars 1888.

(5) *Prov. médic.*, 1888, 14.

pas toujours nécessaire, car Lilienfeld (1) a guéri en huit jours une chorée nerveuse chez un enfant de 9 ans en donnant 0,50 par jour. Dumur (2) a recueilli 7 observations dans lesquelles la guérison complète s'est montrée du sixième au quatorzième jour; on donnait 3 grammes par jour et il n'y eut pas d'accidents, l'appétit fut même exagéré. R. Saint-Philippe (3) a eu 3 succès dans 3 chorées de moyenne intensité, et Grosser (4) 1 succès.

D'après toutes ces observations, il nous semble que l'antipyrine a été assez expérimentée dans la chorée pour que l'on puisse établir son action sur des bases certaines. Le médicament ne guérit pas tous les cas, loin de là, mais il semble abréger la durée de beaucoup en agissant comme calmant du système nerveux (notons, en passant, qu'avec l'acétanilide Lépine a guéri 1 cas de chorée où le chloral donnait des accidents). Il faut avoir recours à une dose suffisante, 3 grammes par jour; enfin, ce qui n'est pas à dédaigner, la médication semble à peu près inoffensive, tandis que d'autres, que l'on prétend aussi rapide, la physostigmine, par exemple, sont loin d'avoir le même avantage (5). Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Des fièvres tuberculeuses et de leur traitement par l'antipyrine, par le docteur Sidoine Jeannel, ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

M. Jeannel, ayant étudié l'action physiologique de l'antipyrine dans le laboratoire du professeur Grasset et ses applications thérapeutiques dans le service du professeur Kiener, a été frappé du résultat que l'antipyrine donne dans les fièvres tuberculeuses.

Par fièvre tuberculeuse, M. Jeannel entend non pas seulement la fièvre des phthisiques, mais un certain nombre de fièvres continues qu'on désignait souvent autrefois, et que quelques médecins désignent encore sous le nom d'embarras gastrique fébrile et qui, suivant M. Jeannel, ne sont autre chose que des fièvres tuberculeuses.

Deux opinions ont eu cours au sujet de la nature de l'embarras gastrique fébrile : l'une soutenue par Monneret qui considérait cette pyrexie comme tout à fait distincte de la fièvre typhoïde et dépendant de causes spéciales météorologiques; l'autre, fréquemment discutée et récemment défendue par MM. Kiener et Kelsch, tend à considérer l'embarras gastrique comme une forme légère de la fièvre typhoïde.

Enfin Landouzy a dégagé une notion plus nouvelle en montrant qu'on devait faire rentrer dans la tuberculose un certain nombre des cas d'embarras gastrique fébrile.

Or, ces formes de tuberculose seraient quelquefois guérissables, et, d'après M. Jeannel, l'antipyrine peut contribuer beaucoup à la guérison à condition de l'employer d'une manière convenable.

« Les doses élevées et massives qu'ont employées les Allemands doivent être, dit-il, absolument proscrites parce qu'elles ne donnent que des résultats essentiellement passagers ou nuls ou nuisibles. Dans les fièvres tuberculeuses appartenant à la classe que nous avons indiquée, l'antipyrine donnée à dose faible (de 0 gr. 50 à 2 gr.) en potion et par cuillerée d'heure en heure, de façon à répartir également la dose dans les vingt-quatre heures, donne des résultats excellents, à tel point qu'on peut lui conférer une action presque spécifique.

« Enfin ce mode d'administration du médicament met complètement à l'abri des

(1) *Therap. Monats.*, 1888.
(2) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888, 2.
(3) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888, 47.
(4) *Rev. de thérap. gén. et therm.*, 1888. 15.
(5) *Union médicale*, 21 fév. 1888.

inconvénients qu'on a reprochés à l'antipyrine, tels que sueurs profuses, vomissements, exanthèmes et collapsus. »

On doit naturellement formuler des réserves au sujet de l'action presque spécifique contre la tuberculose que l'auteur accorde à l'antipyrine; mais il faut rendre justice à l'habileté avec laquelle il a défendu son opinion, et sa thèse, honorable pour l'Ecole de Montpellier, le classe parmi les compétiteurs désignés à l'agrégation de la Faculté qui lui a conféré le doctorat. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : L'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. — Traitement des corps étrangers articulaires. — Traitement nouveau du prolapsus utérin.

M. Schwartz pense que le moment n'est pas venu de discuter la valeur thérapeutique de l'hystérectomie totale vaginale pour la cure radicale du cancer utérin. Aussi ne rapportera-t-il que des faits à ajouter à ceux signalés déjà.

Il a pratiqué dix fois l'ablation du col, dont cinq fois pour des affections autres que des cancers. Dans les cinq cas d'hystérectomie partielle non faits contre des cancers, la guérison a été la règle, cela dit au point de vue de la valeur de cette opération faite soit avec le galvano, soit avec le thermo-cautère. Des cinq malades opérées d'ablation du col pour cancer, l'une, opérée il y a quatre ans, et dont la tumeur a été reconnue histologiquement pour un épithélioma lobulé, est encore guérie aujourd'hui.

Deux opérées ont été perdues de vue, deux autres ont été prises de récidive dans les trois mois qui ont suivi l'ablation et sont mortes après avoir encore subi une opération palliative huit et neuf mois après.

M. Schwartz a pratiqué trois hystérectomies partielles supra-vaginales, toutes trois guéries; deux pour des métrites avec ulcérations, une pour cancer de la cavité cervicale faisant issue en dehors. Il pensait, tout en faisant courir à la malade moins de dangers immédiats, avoir enlevé largement le mal. Malgré cela, la récidive eut lieu et l'opérée succomba dix mois après. Il n'a eu l'occasion de faire qu'une hystérectomie totale pour cancer chez une femme de 46 ans; elle a été opérée au mois de juillet et est encore guérie aujourd'hui. Cependant, il y a au centre de la cicatrice du vagin un petit bourgeon mou, mais il semble diminuer.

M. Monod a pratiqué deux hystérectomies totales qui ont guéri. Il a eu deux succès opératoires, mais des résultats définitifs déplorables.

La première opération fut pratiquée sur une jeune femme de 25 ans, atteinte depuis huit mois. L'utérus fut impossible à abaisser et on plaça sur les ligaments larges un grand nombre de pinces à demeure. Latéralement, du côté gauche, le cancer s'étendait dans le tissu cellulaire pelvien, de telle sorte que le tissu morbide était certainement resté dans l'abdomen. La récidive se fit rapidement dans la cicatrice et la mort survint quatorze mois plus tard.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 47 ans, qui semblait devoir être opérée dans les meilleures conditions. L'utérus était mobile, la lèvre antérieure grosse et saignante; le col, entr'ouvert, laissait passer un bourgeon vasculaire. La malade se plaignait d'une sciatique qui aurait dû fixer l'attention, mais que l'on attribua au tempérament arthritique.

L'opération fut facile, mais la récidive se montra cinq mois après elle, au fond du vagin. La patiente succomba à de l'anurie après une survie de huit mois. Le seul bénéfice a été la suspension des métrorrhagies, et il est possible que, non opérée, cette femme ait vécu aussi longtemps.

Evidemment il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une de ces formes rares qui se géné-

ralisent avec une extrême rapidité. Il n'en est pas moins vrai que ces cas existent et qu'il faut en tenir compte.

— M. Kirmisson lit un rapport sur deux mémoires de MM. Krug-Brosse et Claudot relatifs au traitement et à la pathogénie des corps étrangers articulaires.

L'observation de M. Krug-Brosse se rapporte à un jeune homme de 24 ans présentant un corps étranger à la partie inférieure et interne de la rotule. L'arthrotomie fut pratiquée antiseptiquement sans drainage ni lavage de l'articulation ; on plaça quatre points de suture ne comprenant pas la synoviale. La réunion se fit par première intention, et la guérison fut complète.

Dans l'observation de M. Claudot, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans chez lequel le corps étranger était apparu à la suite d'une chute. Le chirurgien, après avoir ouvert l'articulation, ne fit ni drainage ni lavage. Il y eut de l'hydarthrose longtemps persistante et de la roideur dans les mouvements persistant neuf mois plus tard.

Dans ce dernier cas, l'arthrophyte était formé de cartilage absolument analogue au cartilage diarthrodial, et M. Claudot en rattacha l'origine au traumatisme. Cependant, le corps retiré par M. Krug-Brosse offrait une structure identique avec noyau osseux et il n'y aurait pas eu de traumatisme.

Certainement il y a des corps étrangers qui apparaissent, causés par un trauma, comme dans le cas de Bœckel qui en trouva un formé d'une partie de la tête radiale, mais ils sont loin d'avoir tous cette origine même quand ils présentent la structure du cartilage diarthrodial. Il s'agissait, dans ces cas, d'une ostéochondrite disséquante.

M. Kirmisson montre une pièce provenant d'un malade auquel il a fait la résection du genou pour une arthropathie tabétique; il y avait des corps étrangers dans les franges et d'autres formés par des séquestres venus des surfaces articulaires.

M. Brug-Brosse a fait, sans drainage, trois arthrotomies et une extirpation de kyste synovial du poignet. Le rapporteur pense aussi que l'on peut ne pas drainer toutes les fois que l'enlèvement du corps étranger a été facile; dans le cas contraire, il faut drainer. Lui-même a fait trois arthrotomies pour des causes diverses et n'a pas mis de drain; ses malades ont guéri rapidement.

M. Trélat admet aussi que, dans certains cas, il est facile d'obtenir la guérison primitive sans drainage. C'est ainsi qu'il a fait dix opérations heureuses de kystes synoviaux du poignet et de deux corps étrangers du genou et du coude.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que l'on puisse fixer une règle absolue de conduite ; il est permis de négliger le drainage quand l'intervention a été rapide et facile, mais il faut employer le drain.

M. Reclus rapporte un cas d'arthrotomie du genou qu'il a faite il y a trois semaines. Il a lavé antiseptiquement et fait l'incision sans drainage. Le malade est guéri.

M. Schwartz a agi de même dans un cas d'ouverture d'articulation où il a trouvé de ces corps étrangers. La réunion par première intention a été rapide. Récemment, en Allemagne et surtout en Russie, il a vu faire de grosses résections sans ligature, ni sutures osseuses ni drainage. Après avoir enlevé la bande d'Esmarch, on maintenait vingt-quatre heures le membre élevé, puis on appliquait un seul pansement jusqu'à la guérison. Il a vu Bœckel agir ainsi.

— M. Terrier communique les résultats d'une opération qui n'a guère été faite qu'en Angleterre. Une femme de 38 ans, multipare, était atteinte de prolapsus utérin entraînant de nombreux inconvénients. La matrice était descendue dans le vagin et le col, à 2 centimètres de la vulve, paraissait très hypertrophié. Le corps, rétroversé, était aussi augmenté de volume et, en même temps, les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale étaient entraînées.

M. Terrier fit la laparotomie et fixa l'utérus à la paroi abdominale à l'aide de fils de catgut passant dans la paroi abdominale, moins la peau, et dans le tissu utérin.

La guérison survint rapidement, et actuellement on trouve le col très haut, à 8 centimètres de la vulve dans la position debout. Il n'y a aucune tendance au prolapsus.

M. Pozzi a employé un procédé analogue pour guérir une malade d'un prolapsus. Lui ayant fait l'ovariotomie, il fixa le pédicule à la paroi abdomiuale.

Il croit que la priorité appartient aux Allemands. Olsausen fixait les ligaments larges à droite et à gauche.

Léopold a employé la fixation du fond de l'utérus contre la rétroversion.

M. Terrier a simplement voulu rapporter un fait qu'il croit être le premier en France et en Allemagne.

M. Bouilly ne croit pas que la ventro-fixation soit souvent indiquée contre le prolapsus utérin, non plus que lors de l'allongement hypertrophique du col contre lequel il faut faire l'opération d'Huguier.

M. Trélat regarde l'opération comme pouvant être indiquée lors d'hypertrophie à la fois sus et sous-vaginale. — P. C.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *L'entéroptose. — Curabilité de la cirrhose alcoolique.*

M. Féréol, qui avait lu précédemment à la Société un rapport sur un travail de M. Frantz Glénard (de Lyon) intitulé *Entéroptose et neurasthénie*, vient compléter ce rapport par une déposition favorable en faveur des bons résultats obtenus dans certains cas par la thérapeutique du médecin lyonnais.

On n'a pas oublié quelles sont les opinions de M. Glénard.

Suivant lui, bon nombre d'états morbides mal définis et classés sous les rubriques de neurasthénie, dyspepsie intestinale, cachexie cérébro-cardiaque, vertige stomacal, etc., découlent d'une perturbation dans la statique intestinale. Par suite de l'abaissement du coude droit et de la partie transverse du côlon, qui vient se placer en écharpe en travers de l'abdomen (corde côlique), l'estomac s'abaisse aussi comme le reste de la masse intestinale (gastroptose et entéroptose). L'artère mésentérique, tiraillée par le paquet intestinal, forme une bride qui aplatit le duodénum et amène secondairement la dilatation de l'estomac avec toutes ses conséquences réflexes ou toxiques sous forme de retentissement sur le système nerveux, le cœur, les poumons et la nutrition générale. La congestion du foie et de la rate et surtout l'abaissement du rein (néphroptose) sont aussi des conséquences de la ptôse de l'intestin auxquelles se joignent quelquefois des déviations utérines.

Les bases du traitement sont :

1° Un régime alimentaire contre les troubles digestifs, du bicarbonate de soude à doses assez élevées et 5 à 10 grammes de sulfate de soude chaque jour pendant longtemps ;

2° L'usage constant d'une ceinture ou sangle munie de pelotes pour obvier aux déplacements intestinaux.

La constatation de la néphroptose s'obtient par une méthode d'exploration minutieuse dont les divers temps ont été décorés par l'auteur de noms expressifs et cynégétiques (affût, capture, échappement.)

Toutes les fois que l'on est en présence de sujets atteints de symptômes de neurasthénie, on doit rechercher les signes de l'entéroptose, dont deux seraient très importants : 1° Intolérance pour le lait que le malade digère toujours mal, même quand il n'éprouve pas de répugnance pour cet aliment ; 2° Le réveil avec un malaise particulier de deux à quatre heures du matin avec une insomnie qui dure deux ou trois heures.

Beaucoup de malades accusent aussi une sensation de poids et de tiraillement quand ils se lèvent avec vertiges et menaces de syncope quand ils se tournent sur le côté droit. On peut quelquefois les soulager instantanément en soulevant leur masse intestinale avec les deux mains, et faire reparaître à volonté tous les malaises en laissant retomber les viscères. Ce signe, qui est caractéristique quand il existe, n'est malheureusement pas constant.

L'entéroptose découlerait 60 fois sur 100 d'un accouchement antérieur ayant amené la

laxité des parois, et dans les autres cas d'une maladie chronique quelconque avec dénutrition.

La dilatation de l'estomac, que l'entéroptose produit toujours au bout d'un certain temps, serait, d'après M. Glénard, la même maladie que celle dont M. Bouchard nous a enseigné l'importance et les conséquences.

M. Féréol estime que la conception de M. Bouchard est plus ample que celle de M. Glénard; ce que le professeur de Paris a décrit sous le nom de forme latente de la dilatation gastrique, — forme de beaucoup la plus fréquente puisqu'elle existe dans les deux tiers des cas, — est évidemment distincte de l'entéroptose de Glénard; peut-être les formes dyspeptique, hépatique, rénale et cardiaque, admises par M. Bouchard, se confondent-elles avec l'entéroptose.

Quoi qu'il en soit des interprétations étiologiques et pathogéniques, au point de vue clinique et thérapeutique, M. Féréol rend hommage à certains résultats remarquables qu'il a obtenus depuis deux ans en appliquant le traitement de M. Glénard. Il pourrait citer trois cas absolument démonstratifs en sa faveur. notamment celui d'une malade qui, depuis vingt-six ans, avait été soignée par un nombre considérable de médecins français et étrangers et par M. Féréol lui-même sans aucun succès jusqu'au jour où le traitement de Glénard lui fut appliqué.

Ce traitement ne réussit qu'à la condition d'être suivi rigoureusement et avec persévérance. Ce n'est pas toujours facile à obtenir malheureusement, surtout en ce qui concerne le port de la ceinture. Celle-ci, dont le rôle est capital, doit consister en une sangle qui passe sur les os iliaques en y prenant son point d'appui. En outre, pour relever les viscères, elle doit être munie, au niveau du bas-ventre, de pelotes de formes et de grosseurs variées, qui, montées sur une armature métallique, s'enfoncent plus ou moins dans la cavité pelvienne. M. Féréol ne dissimule pas que l'ingéniosité des médecins et des fabricants d'appareils a fort affaire pour arriver à sangler comme il faut les ventres très maigres et les ventres très volumineux. Quelques malades sont d'ailleurs absolument rebelles à l'application du bandage et d'autres ne consentent pas à suivre le régime avec assez de continuité et de rigueur. Aussi les échecs sont inévitables en bien des cas. Mais souvent aussi on peut réussir à soulager beaucoup, sinon à guérir.

M. Guyot fait une réserve au sujet de la valeur étiologique de la déviation transverse du côlon, dont M. Glénard fait découler tout l'enchaînement morbide, M. Farabeuf la décrit comme fréquente, notamment chez le fœtus; peut-être est-ce une disposition anatomique normale. Il a constaté, comme M. Glénard, l'association fréquente de la néphroptose et de l'entéroptose. Le sangle à pelotes est certainement la partie capitale du traitement; malheureusement elle n'est pas toujours tolérée.

M. Siredey ne peut s'empêcher de remarquer que presque tous les malades en question sont des névropathes et il faudrait savoir si leurs guérisons seront définitives.

M. Féréol a souvent fait lui-même cette objection à M. Glénard. Mais il doit reconnaître que l'on voit souvent, et M. Guyot l'a constaté avec lui, tous les phénomènes nerveux disparaître par le traitement de M. Glénard. Le temps seul permettra évidemment de savoir si la guérison est définitive.

— M. Millard présente à la Société trois malades de 55, 53 et 44 ans guéris de cirrhose alcoolique. Il rappelle que la question de la curabilité de la cirrhose a été posée pour la première fois ici par M. Troisier le 9 juillet 1886.

Chez les trois malades, il existait de l'alcoolisme, aucun n'avait ni syphilis, ni impaludisme, ni albuminurie. L'un a subi six ponctions qui ont retiré 102 litres de liquide; un autre n'a été ponctionné qu'une fois; le troisième n'a pas eu besoin de ponctions.

Tous trois ont été soumis au même traitement : régime lacté d'abord exclusif, puis complété par les féculents; abstinence complète de vin et de toute boisson fermentée, même de vins médicamenteux au quinquina ou vins diurétiques; — une fois par semaine, purgation avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande, ou 1 gramme de scammonée, ou même avec l'huile de ricin, si le malade est trop hémorrhoïdaire pour supporter les drastiques; — ponctions dès qu'il y a indication; — usage quotidien de la potion suivante, prise en quatre ou cinq fois :

Baies de genièvre		10	grammes.
Faites infuser dans eau bouillante		200	—
Ajoutez :			
Nitrate et acétate de potasse	àà.	2	—
Oxymel scillitique		30	—
Sirop des cinq racines		35	—

Chez deux de ces trois malades, la tuméfaction du foie est encore très appréciable; mais, chez tous, l'ascite a disparu et la santé générale est de tous points excellente après avoir été on ne peut plus compromise.

On peut supposer avec M. Troisier que, dans ces cas de guérison, l'hépatite alcoolique n'avait pas dépassé la première phase caractérisée par la prolifération des cellules embryonnaires, qui ont subi un processus de résolution et de régression au lieu d'évoluer dans le sens de l'organisation définitive en tissu fibreux. La guérison ne peut être maintenue que si les habitudes alcooliques ne sont pas reprises.

Il est préférable de pratiquer la ponction d'assez bonne heure pour favoriser l'effet diurétique du lait et des médicaments. Le lait, pur ou coupé d'une eau de table, doit être conservé comme boisson exclusive même quand on a pu lui associer des féculents, du pain, du fromage frais, des huitres, du poisson; il faut au besoin dire au malade, s'il se montre récalcitrant, comme fit Chrétien (de Montpellier) : « Le lait ou la mort! »

Quant à l'iodure de potassium et à l'hydrothérapie, préconisés par M. Lancereaux (Académie, 30 août 1887), M. Millard ne croit à l'utilité du premier qu'en cas de cirrhose syphilitique à la dose de 6 et 8 grammes concurremment avec les frictions mercurielles, et la seconde ne trouve son indication que dans la période de convalescence, si le malade reste pâle et anémique, au même titre que les ferrugineux, arsenicaux, bains fortifiants, sulfureux et salins. — P. L. G.

FORMULAIRE

GLYCÉROLÉ CONTRE L'OTITE FURONCULEUSE. — Miot.

Acide borique	1	gramme.
Chlorhydrate de cocaïne	1	—
Glycérine pure	10	grammes.

Faites dissoudre. — Deux ou quatre fois par jour, et plus souvent, s'il le faut, enduire la portion cartilagineuse du conduit auditif avec ce glycérolé, dans le cas d'otite furonculeuse. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE. — Henrich von Bamberger est né le 27 décembre 1822, à Prague.

Il étudia dans sa ville natale la médecine et fut reçu docteur en 1847. Il passa cependant une partie de son temps de scolarité à Vienne, chez Skoda et Rokitansky. D'abord médecin en second à l'Allgemeine Krankenhaus de Prague, il fut nommé, en 1849, assistant de clinique médicale dans cette ville. En 1851, il alla à Leipzig, puis à Vienne, comme assistant d'Oppolzer. En 1854, il acceptait la place de professeur de pathologie spéciale et de thérapeutique à Wurzbourg. Après la mort d'Oppolzer, il revint à Vienne succéder à son maître et fut nommé professeur de pathologie spéciale à cette Université.

Marcel BAUDOIN.

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. — Le Grand-Conseil du canton de Vaud a récemment décidé la création d'une Université à Lausanne, puissamment aidé dans cette circonstance par la générosité d'un citoyen opulent, M. Rumaise, qui a légué à l'Etat de Vaud une somme

d'environ trois millions en spécifiant qu'elle serait intégralement employée pour le développement des hautes études. La Faculté de médecine est préparée par l'excellent personnel et les matériaux cliniques des hôpitaux de la ville et par la création, depuis 1884, d'une Ecole préparatoire annexée à la Faculté des sciences. Nous suivrons avec intérêt les phases de l'organisation d'un nouveau centre scientifique qui ne peut que rehausser la valeur médicale de nos voisins de la Suisse romande.

COURRIER

Bourses de voyage aux internes des asiles d'aliénés. — Le concours pour la bourse de voyage de 2,000 francs accordée aux internes des asiles d'aliénés, ainsi qu'aux internes de Bicêtre et de la Salpêtrière est terminé ; c'est M. Arnaud (de Sainte-Anne) qui a obtenu ce prix.

Le concours a été particulièrement brillant, et le président du jury, M. Dagonet, en proclamant le lauréat, a exprimé le regret au nom de ses collègues, de ne pouvoir donner un prix aux deux candidats qui arrivent en tête de la liste, MM. Arnauld et Sérieux.

— Le 8 novembre dernier est décédé, dans sa 29e année, Léopold-Adolphe Chopard, interne de deuxième année à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le docteur Gaillard-Lacombe. — Ses obsèques ont eu lieu le samedi 10 novembre, à dix heures et demie du matin.

Au cimetière, M. le docteur Lacronique, médecin militaire, ami personnel du défunt, a montré avec quelle énergie Chopard avait lutté jusqu'à la fin contre l'affreuse maladie dont il était atteint depuis plusieurs années déjà ; il a rappelé qu'un érysipèle contracté au lit du malade avait contraint l'interne à abandonner, malgré tout son courage, le poste qu'il ocupait avec tant de zèle et de plaisir. Le nom de son ancêtre, a-t-il ajouté, l'aurait soutenu dans la lutte pour la vie médicale ; mais Chopart avait compté sans la fatalité ! — Au nom des internes, notre collègue de Bichat, M. Gillet, a prononcé les paroles suivantes sur la tombe de notre regretté camarade.

« Le nouveau malheur qui vient de frapper l'internat dans la personne de notre ami Chopard s'accompagne pour quelques-uns de nous d'un double regret ; car nous perdons en lui à la fois un collègue et un camarade de classes. Certes, lorsque nous étions assis sur les bancs du lycée Saint-Louis à côté de Chopart, nous ne nous doutions guère que nous serions sitôt appelés à l'accompagner à cette dernière demeure. Travailleur consciencieux, oubliant peut-être trop que les forces humaines ont des limites, il s'engage, malade déjà, dans la voie des concours. Interne, il se dévoue à ses malades et refuse souvent, malgré nos exhortations, de prendre les quelques jours de repos que nécessitait son état. Comme le soldat à son poste, il est mort sur la brèche. Ses maîtres savent et vous diront qu'il était déjà quelqu'un. D'une grande compétence en anatomie pathologique, nous aimions à discuter avec lui et à le consulter sur les questions en litige. Aimé de ses chefs, aimé de ses collègues, sans l'affreuse maladie qui l'emporta, il pouvait compter sur un avenir brillant. Il devait en être autrement. Qui sait, et c'est peut-être là une consolation pour ceux qui restent, si nous ne devons pas le trouver heureux, lui qui n'a vu de la vie que la période d'espérance et qui n'en a même pas pressenti les désenchantements ! Au nom de tous les collègues, adieu Chopard, adieu ami. » Marcel Baudoin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

Des formes abortives de la fièvre typhoïde.
Difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde au début.

Rien, dans les premiers jours d'une forme abortive de la fièvre typhoïde, ne peut la faire distinguer, d'une façon certaine, de la forme vulgaire de cette même maladie : les deux formes se distinguent seulement par leur durée, leurs manifestations symptomatiques sont semblables. A partir du huitième jour, il est vrai, quelques indices sont fournis par la marche de la température, qui, dans la forme abortive, commence à descendre plus tôt que dans la forme vulgaire; encore cette règle n'est-elle pas constante : il arrive parfois que, dans la première, la défervescence est brusque au lieu d'être graduelle; de sorte que, quarante-huit heures avant le début de la convalescence, les symptômes sont identiques dans les deux cas. On comprend dès lors l'embarras, la situation fausse du médecin, qui, après avoir à bon droit annoncé l'existence d'une fièvre typhoïde, se voit obligé, au huitième ou au dixième jour, de déclarer que le malade est guéri d'une affection dont tout le monde connaît la longue durée habituelle.

FEUILLETON

LES MÉDECINS DANS LE ROMAN D'AUJOURD'HUI (1).

Ah! comme elles pleuvent les histoires étalant au grand jour l'infamie ou le ridicule homicide des médecins :

X..., à la tête d'un service d'hôpital, fait la joie de ses internes; il tient l'emploi des bouffons graves. Y... examine ses malades et les retourne avec une canne. Z.. refuse de se déranger pour les clients qui ne paient pas d'avance, etc,, etc,

Il me faut citer l'aventure du médecin militaire Fraizel, — un accoucheur naturellement, — car elle donne, je crois, la note exacte et la portée des critiques de l'auteur :

Au moment de sortir pour se rendre au dîner d'Abrial, le major se fait une entorse. Où court-il chercher des soins? Chez Thommerol le rebouteux.

« Il est évident que si le public savait qu'au lieu de rester pendant six semaines sur « une chaise longue pour une entorse, on peut guérir dans le temps nécessaire pour « souffler une bougie, il préférerait le rebouteur au médecin. Une entorse? un genou « déboîté? une petite luxation? vous savez bien où cela peut conduire? Combien

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 novembre 1888.

On a bien dit que la forme abortive est surtout fréquente chez les sujets jeunes, âgés de 16 à 28 et 30 ans, qu'elle atteint principalement le sexe masculin, qu'elle est l'apanage des individus de forte constitution, qu'elle est fréquente dans certaines épidémies, rare dans d'autres. Mais ces renseignements ont peu de valeur au point de vue du diagnostic, alors que, encore une fois, tous les symptômes peuvent non seulement être les mêmes, mais encore se présenter avec la même intensité que dans les formes graves. Certains symptômes qu'on considère comme propres à ces dernières peuvent même être présents dans la forme abortive : tels sont le délire, l'albuminurie. Bien plus, un symptôme qui n'est pas inquiétant dans le cours du troisième ou du quatrième septenaire, mais qui passe pour fâcheuse dans le premier, la rétention d'urine poussée au point de nécessiter le cathétérisme, existe parfois dans la forme abortive.

La durée de celle-ci, mesurée par la date de la défervescence finale, est le plus souvent de dix à douze jours; puis vient, au point de vue de la fréquence, l'intervalle du huitième au dixième jour; exceptionnellement, la défervescence a lieu dès le septième jour. En somme, c'est du huitième au douzième jour que débute la convalescence, et les preuves certaines de l'existence de la fièvre typhoïde ne sont alors tirées que de la totalité des symptômes, particulièrement de la présence de l'exanthème et de la marche classique de la température par ascension graduelle. Dans ces conditions, le médecin devra, du moment où les symptômes observés l'obligent à dire qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, renseigner l'entourage du malade sur l'existence des formes courtes de cette maladie, généralement inconnues du public, et prévenir que c'est peut-être à l'une d'elles qu'on a affaire dans le cas particulier : c'est le meilleur moyen de réserver l'avenir et de sauvegarder sa réputation.

Du reste, le diagnostic des formes vulgaires de la fièvre typhoïde présente lui-même des difficultés spéciales pendant le premier septenaire, ou plutôt jusqu'à l'apparition de l'exanthème, qui a lieu normalement du septième au neuvième jour. A ce moment, l'incertitude disparaît ; car, si les

« de coxalgies, combien de membres desséchés, de boiteries, d'infirmités de toutes « sortes sont dus à un petit accident soigné par nous, avec nos drogues, nos appa« reils... C'est une vraie source de rentes pour nous et nos amis les pharmaciens, ortho« pédistes et autres!... Tenez! j'ai un client qui a profité ainsi d'une simple foulure « pour devenir morphinomane. »

Immédiatement les assistants s'empressent de demander l'adresse précieuse de l'habile homme; mais, le major, pour ne point faire de tort à ses confrères, refuse de la faire connaître!! Et le Bottin, le malheureux! Et les leçons de ses maîtres militaires (1) — pour ne pas parler des civils — démontrant, il y a plus de trente ans, la guérison des entorses les plus douloureuses, en une ou deux séances!

En lisant l'ouvrage de M. Regnal, je me faisais, à maints endroits, cette réflexion :

Pour qu'un écrivain réussisse à camper dans un roman et à faire vivre un type de musicien, par exemple, tout en portant un jugement sur la musique des compositeurs d'aujourd'hui, quelles seraient donc les conditions primordiales, les connaissances principales à réunir? La fréquentation du Conservatoire, des concours de musique, des artistes arrivés, des maîtres et des élèves qui produisent et de ceux qui ne produisent pas; enfin, un petit voyage à la villa Médicis, voilà en gros pour la partie matérielle. L'audition des principales œuvres musicales bien exécutées, la connaissance des maîtres anciens et des différentes écoles; enfin, une légère teinture d'harmonie et de contre-

(1) Quesnoy : *Archives de médecine et de chirurgie militaires.*

taches se montrent, elles assurent le diagnostic; sinon, les autres symptômes sont assez bien établis à cette date pour que les doutes soient levés. Jusque-là, les difficultés subsistent, et, pour leur faire face *autant que possible,* il est indispensable de connaître les différentes modalités du début de la fièvre typhoïde.

La distinction la plus utile à ce point de vue est celle-ci : tantôt la fièvre typhoïde qui s'établit a une période préfébrile (période des prodromes des anciens auteurs); tantôt elle n'en a pas.

Dans le premier cas, la *période préfébrile* a des caractères sans localisation manifeste, altération croissante de la santé, abattement, sommeil agité, céphalalgie, inappétence, vertiges, bourdonnements d'oreilles, parfois épistaxis, etc. Si cette période dure longtemps (4, 5, 6 jours), sa persistance même est suffisamment caractéristique d'un début de fièvre typhoïde. Mais parfois elle revêt une autre forme, celle de l'embarras gastrique pur et simple: il n'y a pas autre chose, la similitude entre les deux états est complète pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que les effets du traitement se manifestent : or, si l'on administre un vomitif ou un éméto-cathartique, comme c'est l'usage dans l'embarras d'estomac, le malaise disparaît définitivement quand celui-ci est seul en cause; il dure seulement un ou deux jours en cas de fièvre typhoïde, et après le soulagement artificiel la maladie reprend son cours; il n'y a pas d'autre moyen d'éviter l'erreur.

Quand la période préfébrile manque, le diagnostic est encore plus difficile. Tantôt le début se fait soudainement par une fièvre continue et la céphalalgie; l'ensemble caractéristique qui précède fait défaut. Tantôt le début a encore lieu d'une façon rapide, par la douleur de tête et la fièvre; mais celle-ci, au lieu d'être continue d'emblée, procède par accès intermittents pendant les deux ou trois premiers jours; entre les accès, la détente n'est pas complète, il y a un certain degré de malaise, mais la fièvre tombe. Ainsi, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, la période préfébrile n'est

---

point ne gâterait rien à l'affaire; voilà pour la partie doctrine. Bref, il faudrait connaître les hommes, le milieu et les théories d'art musical.

Eh bien! M. Regnal n'a pas cru qu'il en fût de même, je crois, pour les médecins et la médecine; tout le monde, on le sait, étant médecin.

Je ne veux pas prétendre qu'il faille avoir pâli sur Hippocrite pour écrire le *Docteur Herbeau*, encore que J. Sandeau, comme le prouvent les spirituelles pages qu'il a écrites sur l'homœopathie, soit loin d'être un ignorant en la matière; je ne pense pas qu'une longue assiduité à l'hôpital soit nécessaire pour tracer ces désopilantes caricatures, ces charges dont nous sommes les héros et qui, depuis Molière, provoquent, à juste titre, le franc rire du public. Mais j'estime qu'on ne peut justifier les épithètes de meurtriers et de criminels que doctrines et auteurs en mains.

Que d'exagérations, que d'interprétations erronées, basées sur des renseignements précis, on le voit, fournis par quelqu'âme charitable de nos confrères, mais mal assimilés; que d'inexactitudes enfin eussent évitées à M. Regnal six mois de lectures médicales! Que de choses choquantes aussi au point de vue de la réalité matérielle! Je n'en veux relever qu'une :

Dans toutes les conversations, le chef de clinique appelle son maître : « Docteur ». Ou bien l'auteur a peu fréquenté les cliniques, ou bien il écoute mal. Ce n'est pas là, ce ne pouvait être là l'usage. Comment un jeune homme donnerait-il à un homme plus expérimenté que lui, et possédant d'ordinaire les grades scientifiques les plus élevés, le seul titre qu'ils aient tous les deux et qui en ferait des égaux!

pas constante; la fièvre, au lieu d'être continue dès le début, peut être intermittente les premiers jours.

Dans le premier mode de début (fièvre continue et céphalalgie), le diagnostic est momentanément suspendu; si les difficultés concernant la possibilité d'une phlegmasie viscérale (pleurésie, pneumonie, etc.) sont réglées en quarante-huit heures, celles que soulève l'éventualité d'une fièvre éruptive ne disparaissent que quand on a passé les délais maxima de l'éruption, et c'est avec la rougeole qu'on a le plus sérieusement a compter, parce que les taches n'apparaissent qu'après quatre à cinq jours, qu'il y a des râles dans la poitrine, que les rémissions fébriles sont prononcées; en pareil cas, il faut avouer franchement qu'on ne peut se prononcer. Dans le deuxième mode (fièvre intermittente), le diagnostic est différé jusqu'à ce que la fièvre devienne continue, surtout si le médecin exerce dans un pays suspect de malaria.

A cette même période de début, certains phénomènes caractéristiques ne sont pas constants; leur absence obscurcit le diagnostic, mais ne suffit pas à faire exclure l'idée d'une fièvre typhoïde. Ainsi l'ascension graduelle de la température, en échelons, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le maximum thermique (cinquième soir), n'existe pas toujours; dans près de la moitié des cas, ce maximum peut être atteint dès le deuxième ou troisième soir : ainsi se trouve démentie la loi ancienne, d'après laquelle une maladie qui, le soir du deuxième jour, présente une température voisine de 40 degrés, n'est pas la fièvre typhoïde.

Autre difficulté du diagnostic ; on a dit que celui-ci pouvait être aidé par ce fait que, dans le cortège symptomatique des sept premiers jours, ne figuraient pas les vomissements. Ce fait est général, mais non absolu; si, au lieu d'une ascension de la température en échelons, on a une ascension brusque, on est à peu près sûr d'avoir des vomissements, ce symptôme étant en rapport avec la rapidité, et non avec la présence, de l'ascension thermique.

On a dit encore que, dans la fièvre typhoïde, les douleurs de ventre man-

---

Quoi qu'il en soit, M. Regnal, avec un talent réel, et un enthousiasme jeune, est parti en guerre contre les médecins charlatans; il dénonce l'invasion croissante du charlatanisme en médecine, nous ne pouvons que l'en remercier.

Il faudrait se garder de croire, cependant, que les sympathies nous manquent, même et surtout parmi les maîtres. Dumas, qui préfère à la vérité mettre en scène les notaires, nous voit d'un œil favorable. Son *Docteur Servans*, le père d'*Antonine*, sont parfaits. Cherbuliez (*Noirs et Rouges*) nous montre avec une grande vérité et un visible intérêt le médecin d'hôpital tout à la science et à son devoir professionnel. Son médecin de campagne darwiniste, dans *la Bête*, est un homme précieux pour consoler, par la science, de certaines disgrâces matrimoniales. Zola, — je ne m'inquiète point, bien entendu, de la question de savoir s'il est utile, au point de vue de l'art du romancier, de décrire avec précision maladies, accouchements, etc., bien qu'on en puisse tirer parfois de merveilleux effets (*La Joie de vivre*), — Zola, dis-je, est un des auteurs qui connaissent le mieux les médecins et la médecine. Feuillet.....

Mais nous n'épuiserons pas cette liste où l'on pourrait croire que nous nous complaisons trop volontiers.

Néanmoins, j'incline à croire que les écrivains à qui nous sommes le plus sympathiques ne nous connaissent pas encore très bien. Souvent ils nous accordent trop, et font de nous des encyclopédistes à qui toute science est familière.

Il n'y a pas de croyance populaire mieux enracinée que celle qui fait du médecin un botaniste convaincu, un chercheur de simples infatigable; car la nature prévoyante a

quaient pendant les premiers jours; il est de règle, en effet, qu'il n'y ait pas de douleurs abdominales pendant le premier septenaire, mais l'inverse peut avoir lieu.

Enfin on a prétendu que, dans les cinq premiers jours, le facies n'avait rien de caractéristique, qu'il n'était pas animé comme dans les fièvres éruptives. Mais quelquefois la face est rouge, animée, vultueuse, les yeux sont brillants, aspect qui rappelle le début de la rougeole, et qui peut durer pendant quarante huit heures; on l'observe surtout dans les cas d'ascension brusque de la température. Il peut même y avoir une suffusion sur tout le tégument externe, des plaques rouges, séparées par des intervalles de peau rosée.

En résumé, plus on connaît les variétés d'invasion de la fièvre typhoïde, plus on comprend que le diagnostic présente de difficultés et nécessite de réserves au début de cette maladie. P. D.

De la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite à frigore (1),

Par le docteur E. Neumann.

Chez les deux malades des Observations XII et XIII, nous avons relevé l'ataxie locomotrice parmi les affections nerveuses des ascendants; dans l'observation suivante, nous verrons encore figurer la sclérose des cordons postérieurs, mais ce n'est plus chez les ascendants, mais chez le sujet lui-même que nous retrouvons le tabes. Voici le résumé de cette très intéressante observation prise dans le service de M. le professeur Charcot par M, Blocq, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous en donner communication :

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 novembre 1888.

évidemment mis dans chacune des plantes qui sortent de la terre le remède à chacune des maladies dont peuvent souffrir et mourir les êtres créés.

Cette idée flatteuse de notre omniscience ne va pas toujours sans quelque désavantage.

Un confrère de mes amis, invité dans une famille dont il avait soigné la mère, morte depuis quelque temps, voit entrer tont à coup au salon une jeune fille, une fleurette à la main. « Quelle est cette plante, docteur, demande-t-elle essoufflée? ». Comme la réponse se faisait attendre : « Vous ne savez pas? » fit-elle d'un air dépité et chagrin; puis, tout bas et en s'éloignant : « Elle eût peut-être sauvé ma mère. »

Eh bien! à cette erreur populaire, Claretie, l'auteur de cette œuvre si vraie, *Jean Mornas* (nous y reviendrons dans un feuilleton), Claretie, l'observateur qui nous peint avec tant d'intensité de vie, les nerveuses et les hystériques, qui connaît aussi bien le roupiou que la salle de garde et l'enseignement de la Salpêtrière, Claretie lui prête, dans les *Amours d'un interne*, l'appui de son autorité. Il nous montre Vilaudry, l'interne modèle qui doit devenir un Charcot, « herborisant dans les bois, avec sa boîte de fer-« blanc, penché sur les gramen, étudiant avec un soin visiblement passionné cette « flore des bois. »

Cette excursion botanique n'a pas pour objet une étude reposante ou hygiénique en plein air, non plus qu'une préparation à un examen, non « il est des simples qui gué-« rissent autant que le bistouri », et ce sont ces simples que l'interne veut expérimenter sur certains malades.

Obs. XV. — P... (Joseph-Bertrand), âgé de 37 ans, télégraphiste, entre au service de M. Charcot le 24 octobre 1887.

Antécédents héréditaires : Grand-père et grand'mère paternels sans affection nerveuse; père rhumatisant mort d'une affection cardiaque. *Grand-père maternel aurait eu une affection nerveuse qu'on cachait dans la famille; grand'mère maternelle très nerveuse; mère morte diabétique; une tante maternelle migraineuse et morte hémiplégique ; un cousin germain de la mère mort aliéné.*

Antécédents personnels : Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde dans l'enfance. En 1880, le malade a contracté *la syphilis*. Au mois de mars 1881, trois mois après l'apparition des accidents syphilitiques, le malade s'est aperçu qu'il ne pouvait plus ouvrir qu'incomplètement l'œil droit; le ptosis dura cinq mois environ. *En 1883*, trois ans après le début de la syphilis, ont paru les premières *douleurs fulgurantes*, se manifestant surtout dans la cuisse droite; depuis ce temps, ces crises douloureuses n'ont pas cessé de se reproduire plusieurs fois par jour en augmentant de fréquence et d'intensité. A ces phénomènes tabétiques, il convient d'ajouter l'affaiblissement des organes génitaux, des troubles vésicaux (incontinence d'urine) et de la diplopie qui ne s'est montrée qu'en 1886.

Il y a huit jours, le malade a été pris d'une *paralysie faciale gauche* qu'il croit devoir rapporter au froid, se trouvant exposé à un courant d'air perpétuel dans le bureau où il travaillait. L'hémiplégie de la face est complète, les réactions électriques sont normales.

L'observation qui précède est instructive sous tous les rapports. La question de l'hérédité nerveuse s'y trouve parfaitement élucidée; le sujet est de souche névropathique; les affections vésaniques qui ont prédominé chez tous ses parents du côté maternel ne laissent subsister aucun doute à cet égard. Cet homme, ainsi prédisposé, devient ataxique et, au cours de la maladie, il prend une paralysie faciale. Il est à peine besoin de dire qu'il ne s'agit pas ici d'une hémiplégie faciale d'origine tabétique: on sait, en effet, que l'hémiplégie de la septième paire ne figure pas au nombre des phénomènes céphaliques du tabes. La paralysie de la face est également indépendante de la syphilis, car, dans la syphilis cérébrale, si le facial vient à être touché, la paralysie est presque toujours partielle et le facial

---

Dans d'autres romans, qui n'ont certes pas la valeur scientifique de ceux de Claretie, je vois des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux, etc., ayant fait aménager dans leurs hôtels, avec l'inévitable jardin où florissent les aconits, les digitales, un laboratoire où ils dissèquent les têtes de criminels, un autre laboratoire de chimie avec machine hydraulique, etc.

Si MM. les romanciers accordent trop, ou plus souvent trop peu, aux médecins en général, aux médecins militaires ils n'accordent plus rien. C'est le médecin militaire qui est en butte aux plus vives attaques, aux traits les plus acérés C'est naturellement le plus mal connu, le plus mal observé.

Quelques exemples mettront facilement ces points en évidence.

Nous avons vu tout à l'heure le major Fraizel, l'accoucheur, préférer la science des rebouteurs, à celle de ses confrères. Ouvrons *Trop belle*, de H. de Pène. Le père de son héroïne, un célèbre médecin de province, un émule de Bretonneau, est le « fils d'un « médecin militaire *dont l'idéal avait la Légion d'honneur pour horizon*, ce fils est absorbé « par l'ambition de devenir l'un des chefs de la grande armée de la science où son père « s'était borné au grade de sous-lieutenant. »

Hum! Passons.

Prenons Ohnet. Le héros de *Lise Fleuron* a pour père un médecin militaire, un alcoolique qui se grise la nuit. Ce fils, un soir en rentrant du théâtre, le surprend en état d'ivresse couché dans un fauteuil. « Il remarqua alors le tremblement de ses mains, « *qui rendait ses ordonnances si illisibles*, qu'on les lui rapportait souvent pour les lui faire

supérieur reste indemne; tel n'est pas le cas de cet homme qui a été frappé d'une paralysie faciale complète. Quelque sceptique que l'on soit à l'endroit du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale, il faut cependant convenir que, dans l'espèce, le froid a eu beau jeu pour déterminer une hémiplégie de la face; nous pourrions en dire tout autant, quoique cela sorte de notre sujet, de l'action de la syphilis qui a trouvé les voies bien préparées et bien favorablement disposées pour l'évolution de l'ataxie locomotrice.

Voici un autre cas non moins intéressant. La famille névropathique y est encore plus largement représentée que dans le précédent; on y rencontre à la fois la consanguinité des parents, le bec-de-lièvre, l'hystérie, l'ataxie locomotrice, la paralysie générale et la folie :

Obs. XVI. — D... (Adrienne), âgée de 14 ans, a été atteinte il y a cinq mois d'une *paralysie faciale du côté droit.* Cette hémiplégie est survenue brusquement le 5 févrie 1887 sans cause connue. Ni la malade, ni les parents ne savent à quoi rapporter l'hémiplégie.

Antécédents héréditaires : Adrienne D... est née de *parents consanguins* (*cousins germains*) le père est bien portant, la *mère* est *nerveuse, a eu souvent des crises hystériques*; *une sœur de la malade est morte à la suite de l'opération d'un bec-de-lièvre double compliqué. Un oncle paternel* est *mort* il y a deux ans *paralytique général ; une sœur du père, atteinte d'aliénation mentale, s'est suicidée*; *un oncle du père est tabétique.*

Antécédents personnels : Adrienne D... a toujours été *très nerveuse,* mais n'a jamais eu de crises convulsives; rougeole dans l'enfance.

La paralysie faciale intéresse tous les muscles innervés par le facial droit, faible diminution de la contractilité faradique; les muscles zygomatiques sont légèrement contracturés.

L'arthritisme, la goutte et le diabète coïncident fréquemment avec les maladies du système nerveux et leur combinaison avec les névropathies n'est pas rare, on le sait. Les deux observations qui vont suivre en sont des exemples frappants :

« expliquer, les *pharmaciens du régiment* ayant déjà été exposés à donner des grammes « pour des grains, etc. »

Comment est-il possible d'écrire de pareilles choses! Tous les hommes ayant passé par l'armée, c'est-à-dire à peu près tous les Français, savent, sauf M. Ohnet, qu'il n'y a pas de pharmacien au régiment, et que, dans les hôpitaux militaires (pas plus que dans les hôpitaux civils, du reste), jamais un médecin n'écrit ses ordonnances lui-même; il les dicte à un infirmier pharmacien dont l'écriture, en général, n'a rien a envier aux calligraphes.

Du reste, je crois que c'est maintenant un cliché; depuis que G. Flaubert a fait de Ch. Bovary, le fils d'un médecin militaire, les élèves du maître en ont pris bonne note, et pensent souvent, quand ils sont embarrassés, à cette paternité devenue banale.

Extrayons un dernier passage du livre d'O. Mirbeau (*Le Calvaire*) :

Nous sommes penant la guerre de 1870, à la suite d'une brigade nouvellement formée, brigade, notons-le bien, en marche depuis quinze jours à peine, encore au centre de tous les ravitaillements (au camp de Châlons, je crois), fort loin de l'ennemi et n'ayant pas encore entendu un seul coup de fusil.

« Le chirurgien, très en colère, réclamait à un infirmier *sa pharmacie de campagne,* — « pardon, *sa cantine médicale* (1). — Ma pharmacie, non de Dieu! où est ma pharmacie « et ma trousse? Ah! mon de Dieu! »

---

(1) Si quelques personnes étrangères à la médecine me font l'honneur de me lire,

Obs. XVII. — Th... (Louis), charcutier, âgé de 17 ans, se présente au service d'électrothérapie le 9 juin 1887 avec une *paralysie de la face (côté droit).*

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel, mort d'hémorrhagie cérébrale; père arthritique, a souvent des poussées d'eczéma de la face; une tante paternelle est atteinte de rhumatisme noueux. Mère nerveuse, souffre fréquemment de maux de tête et de douleurs névralgiques dans la figure; une sœur du malade est hystérique, une autre sœur est rhumatisante.

Antécédents personnels : Rougeole et varicelle dans l'enfance, n'a jamais eu de convulsions. *Depuis deux ans, poussées d'eczéma à la jambe gauche.* La mère de Th..., qui accompagne son fils, nous dit que celui-ci est d'une *impressionnabilité très vive* et qu'il se met facilement en colère.

Tous les rameaux du facial droit sont paralysés, l'hémiplégie date de quinze jours; elle est survenue sans cause apparente pour le malade. L'examen électrique nous révèle l'existence de la réaction de dégénérescence complète.

Obs. XVIII. — M... (Louise), 28 ans, vient nous consulter le 3 novembre 1887; elle est atteinte d'une *paralysie faciale du côté droit*; la malade nous donne les renseignements suivants sur ses :

Antécédents de famille : Grand-père paternel goutteux, père également goutteux, un oncle paternal rhumatisant, un autre oncle paternel diabétique, mère rhumatisante, une tante maternelle migraineuse, une autre tante du côté de la mère atteinte d'eczéma chronique: la malade a *une sœur plus jeune* qu'elle *qui est choréique.* Elle nous dit qu'elle a toujours été *très impressionnable, qu'elle s'emporte facilement*; *convulsions dans l'enfance, névralgies faciales fréquentes.*

La paralysie faciale date de cinq jours, la malade ne sait quelle cause incriminer; le 28 octobre, elle s'était couchée très bien portante, et, le lendemain, elle se réveillait avec la figure paralysée. L'hémiplégie faciale est complète; réactions électriques normales.

Nous avons déjà indiqué dans notre premier travail que la paralysie faciale (c'est là encore un caractère important qui la rapproche de certaines autres maladies héréditaires du système nerveux) pouvait se rencontrer à l'état d'affection familiale et nous avons rapporté, à l'appui, une triple observation concernant une jeune fille et ses deux frères qui, tous

---

Je croyais que les médecins militaires avaient une giberne rouge, réglementaire, faisant partie de la tenue pour loger spécialement et uniquement leurs trousses.

L'auteur fait alors défiler devant nous une série d'hommes que le chirurgien renvoie avec force injures. Ils ont des abcès, l'un au genou, l'autre au pied; tant pis pour ces flemmards! Ces malheureux s'en vont à cloche-pied et s'ouvrent leurs abcès avec des clous!! On nous fait entendre ensuite le râle de quatre ou cinq malades couchés sur la paille pendant qu'un infirmier fait tranquillement cuire, au feu de l'infirmerie, un morceau de boudin qui répand dans la salle une puante odeur de graisse brûlée. — Comme c'est logique! comme ce major, qui paraît peu endurant et jure à rendre jaloux

---

elles ne s'étonneront pas, je l'espère, qu'en certains endroits j'exige le mot technique et que je me targue de l'absence de l'expression du métier, pour en conclure que l'auteur connaît mal son sujet. Loin de moi la pensée que l'exactitude matérielle dans le langage et dans les choses soit la qualité maîtresse d'un bon roman; mais cette exigence de l'expression technique est pour moi un droit absolu quand j'ai la bonne fortune d'avoir affaire à un écrivain appartenant à cette école qui a pour règle et pour idéal de faire parler les personnages comme ils le feraient dans la vie ordinaire, et de mettre dans leurs bouches les termes dont ils se servent. Quand dans un livre, qui vise au style soutenu, l'auteur, par respect pour la vérité, croit devoir remplir plusieurs lignes de jurons et de gros mots, par respect pour cette même vérité, il me doit le mot technique.

trois, avaient été frappés d'hémiplégie de la septième paire. Voici encore un fait du même genre :

Obs. XIX. — D... (Alexandre), 25 ans, papetier, vient au service d'électrothérapie de la Salpêtrière le 16 juillet 1887. Il est atteint d'une *paralysie faciale gauche.*

Antécédents héréditaires : Père mort à la suite d'une tumeur abdominale; *mère*, âgée de 60 ans, *très nerveuse, a des attaques convulsives* qui reviennent tous les quinze à vingt jours; *une tante maternelle épileptique. Sœur âgée de 33 ans a eu, il y a huit ans, à la suite d'une émotion vive, une paralysie faciale du côté droit qui a duré trois semaines environ. Une autre sœur de D..., âgée de 20 ans, a eu l'année dernière une hémiplégie de la face survenue sans cause connue* et qui, après avoir persisté pendant deux mois, s'est terminée par la guérison.

Antécédents personnels : Rougeole et *convulsions dans l'enfance.* D... nous affirme qu'il a toujours été bien portant, quoique nerveux. La paralysie faciale chez ce malade date de trois semaines; il ne s'est pas exposé au froid et ne sait à quelle cause la rapporter; l'exploration électrique nous apprend que les réactions faradique et galvanique sont conservées.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Cornillon, qui est candidat au titre de membre correspondant national;

2° Une étude de M. Lamarque sur La Bourboule;

3° Une lettre de M. le ministre du commerce et de l'industrie, qui informe l'Académie qu'il a accordé les récompenses proposées en faveur des personnes qui se sont distinguées par leurs travaux sur les épidémies et sur les eaux minérales en 1887.

— M. Delétang lit une note sur le *traitement des fibromes utérins par l'électrolyse intra-utérine (méthode d'Apostoli).*

---

un charretier, supporterait (non à cause de ses malades, il n'en a cure) qu'un de ses infirmiers lui envoyât au nez l'odeur de son boudin brûlé! — Puis nous assistons à la scène tout aussi vraisemblable d'une paysanne venant demander des nouvelles de son fils, mort depuis peu, et mise brutalement à la porte par l'aide-major. Elle ne le lui a pas donné à garder, n'est-ce pas, son fils!... (Page 66 du livre.)

C'est la véritable photographie des choses! M. Mirbeau, qui fait embrasser par son héros le cadavre d'un Prussien qu'il vient de tuer, n'a pas, on le voit, la même tendresse pour les médecins militaires de son pays.

Maintenant vous pouvez, je crois, chers confrères, tirer les conclusions dont j'ai parlé au commencement de cette causerie un peu longue :

« Ces quelques citations n'ont provoqué chez aucun de nous le moindre étonne-
« ment. Nous savons, en effet, pauvres médecins, combien il est difficile d'observer et
« de décrire le plus petit fait, le plus simple, le mieux isolé dans l'ordre physique.
« L'expérience nous a appris combien il était difficile à l'observateur le plus impartial de
« voir sans idées préconçues, de ne pas regarder avec son imagination ou ses espé-
« rances, etc., et malgré cela que d'erreurs! Comment n'en serait-il pas de même pour
« les romanciers qui, à part quelques Balzacs, sont bien plutôt des poètes, des gens
« d'imaginations que des observateurs? »

Dr Charles Schmit.

Il a traité en tout 97 femmes depuis 1884 (époque où il a suivi pendant un certain temps la clinique du docteur Apostoli); 32 d'entre elles lui ont été envoyées par des confrères qui ont pu contrôler eux-mêmes les résultats du traitement, les docteurs Heurtaux et Jonon, membres correspondants de l'Académie de médecine; Poisson, Chenantais, Malherbe, Ollive, professeurs à l'Ecole de médecine de Nantes; Bernaudeaux, Ménager, Attimont et Gruget.

Il n'a employé que l'électrolyse intra-utérine à l'exclusion de toute ponction, et seulement dans le cas de fibromes interstitiels, éliminant ainsi les tumeurs fibro-kystiques et les fibromes plus ou moins pédiculisés qui lui semblent peu justiciables de ce traitement.

Les effets immédiats de l'électrolyse intra-utérine consistent en :

A. Une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs au début de la séance, contraction non constante.

B. Une congestion de tous les organes intercalés dans le circuit; cette congestion est à peu près constante et persiste ordinairement plusieurs heures avec accompagnement de coliques.

C. Parfois, la disparition brusque de l'hémorrhagie préexistante.

Les effets consécutifs se succèdent généralement dans l'ordre suivant :

1° Les hémorrhagies, après avoir présenté parfois une augmentation passagère, disparaissent;

2° Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite. Ces phénomènes ne sont point en rapport avec le volume de la tumeur, ils se rapportent bien plutôt à la zone inflammatoire qui entoure si souvent ces productions;

3° Enfin la masse diminue; mais, dans cette diminution, il importe de distinguer deux phases :

a) La zone inflammatoire périphérique se résorbe; le fibrome, mieux dégagé, paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est d'abord qu'apparente. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer la segmentation des grosses masses et la mobilisation des fibromes adhérents qu'on observe si fréquemment. A cette période, les phénomènes morbides disparaissent et l'état général se relève. L'aggravation momentanée de tous les symptômes, assez fréquente au début du traitement, dépend de la congestion de la zone inflammatoire.

b) Le fibrome enfin se rétracte lui-même. Cet effet n'est pas constant.

Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur la métrite et sur ses symptômes que sur le fibrome lui-même, mais cette constatation ne diminue en rien la valeur de l'électrolyse.

Malgré la persistance d'une tumeur devenue très dure et bien tolérée, les femmes se déclarent très souvent guéries, et rien n'empêche, en somme, de les considérer comme telles.

Parfois il se produit une atrésie du canal cervical, atrésie qui, du reste, cède facilement à une dilatation graduée.

Le docteur Delétang s'est servi d'intensité modérées, 100 milli-ampères en général, quelquefois un peu plus dans les cas rebelles. La durée moyenne des séances a été de cinq minutes; leur intervalle, de cinq à six jours, ce qui a prolongé un peu les traitements. Toutes les précautions indiquées par le docteur Apostoli, antiseptiques et autres, ont toujours été scrupuleusement suivies.

Dans ces limites, l'électrolyse intra-utérine peut être considérée comme absolument sans danger. Sur plus de 1,100 séances pratiquées sur 97 patientes, on a observé un seul accident, une phlegmasie sans suites.

Le docteur Delétang a simplement exposé le résultat de sa pratique. Il serait très disposé à croire que l'application de plus hautes intensités, telles que les emploie le docteur Apostoli, aurait pu amener des effets encore meilleurs et surtout plus rapides. »

M. Desnos li un mémoire sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres pendant la grossesse.

Il s'agit d'une femme anémiée par de la métrite hémorrhagique qui devient enceinte

pour la troisième fois au mois de février 1887. Le début de la grossesse fut difficile et les vomissements prirent bientôt le caractère incoercible. Ils étaient précédés de douleurs vives dans l'estomac, et tous les médicaments échouèrent. Seuls les lavements de chloral et les pulvérisations d'éther sur le creux de l'estomac et sur la face diminuèrent un peu les accidents, et quelques aliments purent alors être supportés, la faiblesse de la malade étant du reste extrême.

A la fin de juin apparaît l'impotence des membres inférieurs complète à droite, presque complète à gauche. C'était une paraplégie flasque s'accompagnant de la disparition des masses musculaires, surtout au niveau de la partie antérieure de la jambe et du triceps crural. La sensibilité était conservée, mais pervertie, car il y avait des fourmillements, des brûlures, etc. Les muscles ne répondaient plus à l'électrisation qui était très douloureuse.

Les membres supérieurs furent bientôt envahis et on dut faire manger la malade; la contractilité électrique ne fut détruite qu'en partie. La température se maintint constamment au-dessous de la normale et les facultés intellectuelles s'affaiblirent.

M. Joffroy, appelé en consultation, conseilla de provoquer l'avortement, ce que fit M. Pinard. Les suites furent très bonnes.

Après cela, la malade partit à la campagne et l'amélioration commença à se produire d'abord par les membres supérieurs qui acquirent bientôt assez de force pour remplir les petits actes de la vie journalière. Sous l'influence de l'électrisation qui était toujours douloureuse, sous celle de l'enveloppement dans le drap mouillé, les membres inférieurs recouvrèrent peu à peu leurs forces, et actuellement la guérison est assurée, la malade pouvant se promener dans son appartement.

Comment interpréter cette observation? En l'absence d'anatomie pathologique, MM. Desnos et Joffroy se rattachèrent à l'idée, soit d'une névrite périphérique, soit d'une myélite des cornes antérieures. Ils font remarquer qu'ils n'ont pas trouvé d'observation semblable dans la science ou que les cas rapportés jusqu'ici de paralysies puerpérales ne sont pas comparables.

— M. Bucquoy lit une note de M. Catillon, d'après laquelle il existe trois stophantines différentes également toxiques, mais différant par leurs états physiques et leurs réactions.

— M. Le Roy de Méricourt rapporte un cas de transmission de la lèpre par inoculation de l'homme à l'homme. Le docteur Arning a inoculé avec succès sur un condamné à mort des îles Sandwich.

— M. Magitot lit un mémoire sur la *pathogénie et la prophylaxie des accidents industriels du phosphore et en particulier de la « nécrose phosphorée »*.

L'opinion publique s'est émue dernièrement de certains cas d'accidents, dont plusieurs mortels, survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes et une demande d'enquête sur ces faits a été adressée par M. le préfet de police aux Conseils d'hygiène. Ce sont ces circonstances qui amènent M. Magitot à la tribune de l'Académie.

Dans un travail d'ensemble sur la question ainsi posée, l'auteur fait d'abord un historique du sujet. Il rappelle les travaux entrepris depuis une quarantaine d'années par divers médecins et hygiénistes; il cite toutes les tentatives faites par les Conseils d'hygiène, par les Académies pour faire adopter des prescriptions capables de supprimer les dangers que courent les ouvriers du phosphore et spécialement ceux des allumettes chimiques. Il constate que ces avis n'ont jamais été entendus ni appliqués, ce qui n'est que trop démontré par les accidents qui continuent à se produire jusqu'à ce jour.

Dans une seconde partie de son travail, M. Magitot étudie la pathogénie de ces accidents : intoxication, action sur les voies respiratoires et surtout la nécrose qui mutile ou tue les ouvriers. Par un grand nombre d'observations personnelles qui s'élèvent au chiffre de soixante-cinq cas observés en France et à l'étranger, l'auteur se croit en mesure d'affirmer pour la production de la nécrose un mécanisme déjà indiqué par M. Th. Roussel, c'est-à-dire la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Toutefois, ce n'est pas une carie quelconque qui servirait de porte

d'entrée à la nécrose mais une forme spéciale, unique, qu'il désigne sous le nom significatif de *carie pénétrante*. C'est une pathogénie exclusive que M. Magitot tend à faire prévaloir par les faits qu'il a rassemblés et en contradiction avec les théories anciennes qu'il combat et réfute, celle des Allemands ou théorie de l'action élective du phosphore sur les os (Lorinser) et celle de la voie gingivale et périostique défendue par MM. U. Trélat, Lailler, etc.

De là, à la prophylaxie, la conclusion est toute indiquée : perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication ; suppression ou neutralisation de l'atmosphère phosphorée des ateliers : voilà pour l'hygiène de l'usine. Pour l'hygiène individuelle de l'ouvrier : interdire l'entrée de la fabrique à tout individu dont la santé et la constitution sont défectueuses, surtout s'il est reconnu menacé de nécrose par l'état de sa bouche; visites fréquentes autorisant le renvoi immédiat de tout porteur de lésions prédisposantes. Dans ces conditions, M. Magitot affirme qu'en attendant la réalisation du vœu tant de fois et si stérilement émis de la substitution du phosphore rouge au blanc, l'application rigoureuse des règles et les prescriptions qu'il formule à la fin de son travail peuvent réaliser sûrement et radicalement la suppression de tout danger pour l'ouvrier et en particulier celui de la nécrose phosphorée.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Une lettre de Sydney annonce que la méthode de M. Pasteur vient d'obtenir un grand succès en Australie. Des expériences de vaccination faites sur le bétail ont pleinement réussi. Aussi le gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud vient-il de décider que désormais la vaccination selon la méthode du savant français serait obligatoire pour l'élevage du bétail.

COURRIER

Agrégation de médecine. — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 15 décembre 1888, pour onze places d'agrégé des Facultés de médecine, section de médecine : pathologie interne et médecine légale, les candidats dont les noms suivent :

Académie de Paris. — MM. les docteurs Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemal, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gueit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel, Netter, Richardière, Roque, Royer, Talamon et Vibert.

Académie de Bordeaux. — MM. les docteurs Davezac, Mesnard et Suzanne.

Académie de Lyon. — M. le docteur Audry.

Académie de Montpellier. — M. le docteur Sarda.

Académie de Nancy. — M. le docteur Colin.

Nécrologie. — Le docteur Rampont (Germain), de Chablis (Yonne), sénateur inamovible et questeur du Sénat, vient de mourir à l'âge de 79 ans. Notre confrère avait fait partie de la Constituante de 1848, du Corps législatif de 1869 et de l'Assemblée nationale de 1871. Après le 4 septembre, il fut nommé directeur général des postes et, à ce titre, il organisa le service des ballons pour le transport des lettres et celui des dépêches microscopiques par pigeons voyageurs.

Le docteur Charreyre, d'Yssingeaux (Haute-Loire), reçu en 1871.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

BULLETIN

La persévérance avec laquelle M. Magitot a poursuivi depuis plusieurs années ses recherches sur la pathogénie de la nécrose phosphorée des mâchoires lui a permis d'arriver à des résultats importants qui confirment l'opinion qu'il soutient depuis longtemps, à savoir : que la nécrose phosphorée ne survient que chez les individus atteints de carie pénétrante d'une seule ou de plusieurs dents, ou d'une solution de continuité des gencives qui permet au phosphore d'arriver en contact direct avec le tissu osseux. Et ce n'est pas un phosphore quelconque, mais seulement le phosphore blanc, qui est capable de causer ces accidents.

La conclusion qui se dégage du travail de M. Magitot est donc double : on peut prévenir la nécrose phosphorée de deux manières : 1° en soignant la carie pénétrante, celle qui a ouvert la cavité de la pulpe, et en obturant cette cavité avant de laisser entrer ou retourner l'ouvrier dans les fabriques d'allumettes chimiques ; 2° en substituant le phosphore rouge au phosphore blanc dans la préparation de ces allumettes. Les autres moyens réclamés : ventilation plus parfaite des ateliers, emploi des vapeurs d'essence de térébenthine, etc., ne sont que des adjuvants ; l'essence de térébenthine

FEUILLETON

CAUSERIE

Un médecin russe, M. Kïanovsky, vient de reprendre la question des inconvénients du corset, en s'appuyant sur des données scientifiques qui donnent une base solide à son travail. Notre confrère n'est pas le premier, et ne sera pas le dernier à faire entendre ses protestations contre l'abus du corset, c'est-à-dire de la compression, souvent exagérée, des organes contenus dans le thorax et l'abdomen de la femme ; mais, en résumant les travaux et les conclusions de ses devanciers, il nous donne ainsi un ensemble important de faits et d'observations précises..... qui ne convaincront peut-être pas davantage les principales intéressées.

Chez la jeune fille, le corset offre de nombreux inconvénients. Il l'empêche d'exercer toute une catégorie de muscles ; il s'oppose à la libre ampliation du thorax et diminue ainsi l'intensité des échanges respiratoires, ce qui est nuisible à l'ensemble de l'organisme. La compression du thorax fait saillir l'abdomen, ce qui n'est ni élégant ni utile à la santé. Le corset ne tient pas le buste droit, comme on le croirait, et les déviations vertébrales sont plus fréquentes chez les jeunes filles que chez les garçons, ce qui tient probablement à la faiblesse des muscles du thorax, due elle-même à l'absence et à la difficulté de leur exercice.

surtout, d'après son mode d'emploi actuel. Quelques récipients suspendus à la partie supérieure des ateliers sont, en effet, insuffisants pour neutraliser les vapeurs du phosphore; pour qu'elles fussent efficaces, il faudrait qu'elles fussent lancées continuellement par des vaporisateurs; mais alors les chances d'incendie seraient très grandes, et le remède probablement pire que le mal. Si la théorie de M. Magitot est juste — et les 65 observations personnelles sur lesquelles il la base ont une grande importance à ce point de vue, — rien ne vaut évidemment l'obturation de la carie pénétrante, la cicatrisation de la plaie alvéolaire et la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc.

La grossesse, qui a déjà tant d'affections à son actif, ou à son passif, comme on voudra, va-t-elle en prendre une nouvelle? La très intéressante observation de M. L. Desnos le démontre évidemment, car si l'on connaît bien les affections paralytiques causées par la grossesse, aucune jusqu'à ce jour n'était comparable à celle qu'il vient d'observer : paralysie étendue aux quatre membres, perversion de la sensibilité, cachexie progressive, mort imminente; puis tous ces accidents décroissant rapidement après l'accouchement provoqué; tels sont les principaux points de ce fait curieux. La pathogénie en est très obscure, car on ne peut invoquer d'autres faits analogues; on ne peut donc que signaler l'hypothèse émise par M. Desnos à ce sujet, d'après laquelle la grossesse aurait pu donner naissance à un état infectieux particulier qui lui-même aurait provoqué cette paralysie progressive des membres.

Les adversaires de la contagiosité de la lèpre abandonneront-ils leur opinion après la lecture du fait communiqué par M. Le Roy de Méricourt, et qui nous montre une inoculation positive de cette affection sur un condamné à mort? Cela est peu probable, car M. Le Roy de Méricourt fait suivre la relation de ce fait d'une hypothèse que lesdits adversaires ne manqueront pas d'invoquer en faveur de leur manière de voir : c'est que le condamné était un Canaque, c'est-à-dire d'une race prédisposée à la lèpre; celle-ci peut donc être venue soit spontanément, soitpar prédisposition héré-

---

Le corset nuit souvent au libre développement des seins, qui demeurent rudimentaires, et en même temps inutiles, en quelque sorte atrophiés. Il nuit à l'organe visuel par la congestion qu'il provoque dans les jugulaires et, en conséquence, dans les organes dont elles ramènent le sang. Le corset trop serré provoque encore une malformation particulière et caractéristique du foie, qui présente un sillon assez profond, au niveau et autour duquel le tissu hépatique est en proie à une inflammation chronique ou à une atrophie parfois complète.

Ce n'est pas tout : le corset contribue encore au développement des calculs hépatiques; d'après différents observateurs, la gravelle hépatique est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Le corset semble être encore une cause puissante de rein flottant et d'ectopie hépatique, et l'on sait que, d'après des recherches récentes, le rein flottant est extrêmement commun chez les femmes. Par la compression qu'il exerce sur l'abdomen, il détermine des déplacements de l'utérus, et la foule des maux et désagréments qui en résultent; il détermine encore un état de congestion de cet organe, qui favorise la production de nombreuses affections utérines.

Les recherches de M. Kïanovsky ont plus particulièrement porté sur les effets cardiaques et respiratoires du corset (recherches faites sur 30 femmes de la clinique de Manassein); elles lui ont fourni des résultats très intéressants et dont la précision rehausse beaucoup la valeur. La *capacité pulmonaire,* mesurée au spiromètre de Hutchinson, est en moyenne de 357 centimètres cubes (chiffres extrêmes : 50 et 800) inférieure chez la femme avec corset, à ce qu'elle est chez la même femme sans corset.

ditaire; l'inoculation n'aurait été qu'une simple coïncidence, ou, si l'on veut, une cause adjuvante ou déterminante. — L.-H. P.

P. S. — Nos lecteurs ont évidemment corrigé la faute involontaire et typographique qui s'est glissée dans notre dernier *Bulletin*, et qui a fait attribuer à M. Lawson, ce qui devait revenir à M. Laveran.

De la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite à frigore (1),

Par le docteur E. NEUMANN.

Il nous reste maintenant à parler d'un fait bien plus curieux encore que tous ceux qui précèdent; il s'agit de l'histoire d'une famille de névropathes voués pour ainsi dire à la paralysie faciale. Cette remarquable observation, dont nous sommes redevables à M. le professeur Charcot, ne comprend pas moins de cinq cas de paralysie de la septième paire, observés chez des membres de la même famille. Ce n'est plus seulement, comme dans les autres cas relatés jusqu'à présent, la diathèse nerveuse qui se manifeste sous une forme plus ou moins éclatante, c'est l'hérédité directe, similaire, mise en pleine lumière, c'est la paralysie faciale se montrant sans interruption dans trois générations successives.

Pour mieux faire ressortir les points saillants de cette observation, nous avons préféré la reproduire sous forme de tableau généalogique.

Mme A... 60 ans.	1re SŒUR DE Mme A... 70 ans.	2e SŒUR DE Mme A... 57 ans.
Névropathe. *Paralysie faciale* complète du côté gauche, terminée par contracture.	Névropathe; névralgies intercostales, névralgie sciatique gauche. *Paralysie faciale* complète du côté gauche, terminée par la guérison.	*Paralysie faciale* complète du côté droit, terminée par guérison au bout de trois mois.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 15 et 29 novembre 1888.

La force, ou *énergie respiratoire*, subit les modifications suivantes : chez 5 femmes, sur 26, même énergie respiratoire avec ou sans corset; chez les 21 autres, énergie plus faible avec corset. L'*excursion respiratoire* du thorax est demeurée identique à elle-même chez une seule femme sur 30; chez les 29 autres, le corset l'a diminuée parfois très notablement.

Il est donc évident que le corset diminue la capacité pulmonaire et l'intensité des échanges respiratoires; il prive la femme d'une certaine quantité d'oxygène, c'est-à-dire de résistance vitale; de là la fréquence, chez elle, des palpitations, de la dyspnée dès qu'elles font quelque exercice, car la course, par exemple, détermine chez elles une accélération de la respiration et des battements du cœur, bien plus grande quand elles ont leur corset que lorsqu'elles en sont privées.

La *pression artérielle* tombe sous l'influence du corset, qui détermine de l'anémie des artères. C'est assez dire que le corset retentit sur toute la vitalité, sur tous les organes de la femme, directement ou indirectement. M. Kianowsky ne se dissimule pas que ses recherches ne changeront rien à la mode, et qu'aucune femme n'aura l'intelligence de renoncer à une méthode barbare qui la déforme et détruit l'harmonie et la beauté du corps.

*
* *

Depuis quelques années, plusieurs journaux ont inséré dans leurs colonnes de nombreux faits destinés à démontrer que l'intelligence des animaux, ou leur instinct, acqué-

Sa FILLE, Mme M... Cousine germaine de M. M... son mari.	SON FILS, M. M..., 42 ans. Cousin germain de sa femme *Ataxique* (douleurs fulgurantes, absence des réflexes tendineux, parésie vésicale, pas d'incoordination.) *Paralysie faciale* gauche, à la suite d'un froid, guérie au bout de 15 jours

Ont :

1° Une FILLE de 16 ans atteinte au mois de février 1887 de *Paralysie faciale* complète du côté gauche, à la suite d'un froid, guérie au bout d'un mois.
2° Un FILS de 13 ans *choréique*.

Cette dernière observation se passe de commentaires : les faits sont assez éloquents par eux-mêmes et les réflexions dont nous pourrions les accompagner n'ajouteraient rien à leur valeur.

Nous avons terminé l'exposé des documents cliniques. Aux 17 cas de paralysie faciale consignés dans notre premier travail viennent s'ajouter 24 faits nouveaux; toutes ces observations, tant par leurs caractères généraux que par les particularités saillantes de chacune d'elles, témoignent hautement en faveur de l'action prépondérante de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale, dite *a frigore.* En présence d'enseignements aussi probants, on n'est plus en droit de dire que la paralysie du nerf facial est une affection fortuite, accidentelle, pouvant surgir inopinément chez un sujet quelconque. Les choses ne se passent pas ainsi; les malades atteints de paralysie de la septième paire sont tous ce qu'on pourrait appeler des nerveux de race, chez lesquels on retrouve, sous des aspects plus ou moins variés, l'empreinte manifeste et irrécusable de l'hérédité neuropathique. Dans de pareilles conditions, avec un organisme ainsi approprié, avec un terrain ainsi longuement préparé, tous les pré-

rait parfois un très grand développement. Un des plus récents, et des plus remarquables, est relatif à la justice chez les oiseaux.

A en croire un des écrivains du *Popular science Monthly*, l'homme n'est pas le seul être qui se soit arrogé la prétention, d'ailleurs bien extraordinaire, de rendre la justice, c'est-à-dire de traiter ses semblables selon leurs mérites et surtout leurs démérites. Différents oiseaux sont dans le même cas. A de certains intervalles, raconte M. Edmondson, les corneilles mantelées des îles Shetland s'assemblent en grand nombre, dans un champ, sur une colline, et traduisent devant leur barre un certain nombre de leurs pareilles. Après un caquetage infernal, l'assemblée tombe à bec raccourcis sur les malheureux accusés et les écharpe, et, ceci fait, chacun s'en va chez soi.

Un autre observateur, M. E. Cox, dit avoir vu ceci : Passant dans des champs, il entend beaucoup de bruit, dans les arbres habités par des corneilles et va voir ce qui se passe. Il trouve une cinquantaine de corneilles en discussion animée autour d'une de leurs semblables. Celle-ci, au centre du cercle, paraît d'abord fort assurée et même impudente, en présence de son jury. (Autour du jury, plusieurs centaines de corneilles formaient un second cercle bien distinct du premier.) Mais, au bout de peu de temps, l'accusée se trouble et se démonte; elle parle à peine, s'incline et semble demander grâce. On l'exécute aussitôt et l'assemblée se disperse. Des faits anologues ont été notés par différents observateurs.

Les flamands se comporteraient parfois aussi de la même façon. Un évêque anglais raconte que tous les œufs d'une cigogne ayant été pris par un chirurgien et remplacés

textes seront bons, toutes les causes seront efficaces pour réveiller la diathèse nerveuse; il suffira d'une perturbation physique, intellectuelle ou morale pour déterminer l'explosion, mais ces facteurs occasionnels, dont nous ne contestons pas d'ailleurs l'influence secondaire, ne constituent que des causes tout à fait accessoires, et ce ne sont, à vrai dire, que des comparses, auxquels on avait à tort, jusqu'à présent, attribué les premiers rôles. Ces causes sont, du reste, inconstantes et essentiellement variées : tantôt c'est un froid qui paraît avoir provoqué la paralysie; d'autres fois, c'est une émotion; d'autres fois encore, c'est une fatigue intellectuelle. Dans la majorité des cas, l'origine apparente de l'hémiplégie échappe au malade et au médecin, et la maladie semble alors être née de toutes pièces; ces agents provocateurs ne sont donc pas indispensables, et leur concours, n'étant pas absolument nécessaire, leur appoint, dans les cas où réellement ils entrent en jeu, ne peut être que minime dans la genèse de la maladie. Seule la prédisposition nerveuse se retrouve dans tous les cas, parce que seule, sans aucune autre intervention, sans autre levier, elle peut faire éclore le mal.

Dans cette étude sur l'étiologie de la paralysie faciale, nous avons jusqu'ici laissé complètement de côté l'influence de l'âge et du sexe; le nombre des observations que nous avons pu recueillir n'est, du reste, pas assez grand pour nous permettre de conclure à cet égard d'une façon précise. Pour ce qui concerne l'âge toutefois, il semble bien certain, et en cela nous sommes d'accord avec les auteurs classiques, que si la paralysie faciale peut surgir à tout âge, elle est plus fréquente chez les jeunes sujets et en particulier de vingt à quarante ans, qu'à toute autre époque de l'existence.

Quant au sexe, il paraît avoir une influence plus marquée et l'ensemble des faits qui se sont offerts à notre observation tendrait à prouver que la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les cas que nous avons rapportés peuvent, en effet, se décomposer de la manière suivante ; nombre total des sujets, 41 : femmes, 23; hommes, 18. Est-ce là une simple coïncidence? Nous ne le croyons pas, et, sans vouloir être trop affir-

---

par des œufs de poule, le mâle se trouva fort surpris en voyant éclore des poussins à la place des échassiers qu'il attendait. Après réflexion, il s'en fut chercher des amis qui vinrent en force et s'assemblèrent autour de l'infortunée femelle qu'ils exécutèrent bientôt, comme coupable d'adultère sans doute.

Aux environs de Berlin, l'on a pu voir pareille exécution d'une cigogne. Un œuf de cigogne fut pris dans un nid et remplacé par un œuf d'oie. L'œuf vint à bien, et l'oiseau fit son apparition. La cigogne mâle, en voyant le palmipède, fut extrêmement troublée, mais ne fit rien à celui-ci et s'envola aussitôt en poussant des cris féroces. La femelle continua à donner ses soins à l'oison. Au matin du quatrième jour, après le départ du mâle, l'on vit dans un champ voisin une grande asssemblée de cigognes. Celles-ci étaient au nombre de 500 environ et jacassaient avec volubilité en écoutant les harangues d'une autre en face d'elles. Pendant de longues heures, il se détacha successivement du groupe diverses cigognes qui haranguèrent tour à tour leurs camarades, et enfin toute la bande, poussant de grands cris, s'éleva, et dirigée par le mari outragé, à ce que l'on suppose, s'en vint au nid où la femelle était restée, évidemment fort effrayée, et extermina successivement la malheureuse mère, l'oison, et enfin le nid.

*
* *

On sait qu'après la conquête de la Crimée par les Russes au siècle dernier, le vainqueur, voulant faire croire à la grande Catherine que ce pays était très peuplé, faisait

matif, nous serions volontiers disposé à admettre que ces chiffres représentent exactement les proportions d'après lesquelles la maladie se répartit entre les deux sexes. Les hommes étant, de par leur condition sociale, plus souvent exposés aux atteintes du froid que les femmes, la fréquence plus grande de la paralysie faciale chez celles-ci serait, d'une part, un argument de plus à faire valoir contre l'étiologie *à frigore* et, d'autre part elle viendrait plaider en faveur de l'essence nerveuse de la maladie. Il est incontestable, en effet, que la femme est plus entachée de nervosisme que l'homme et que certaines maladies nerveuses, les névroses en particulier, trouvent chez elle un champ plus favorable à leur développement. Nous ne pensons pas devoir insister davantage sur cette question de l'influence des sexes, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, notre statistique ne porte pas sur des faits assez nombreux pour permettre de formuler des conclusions fermes et définitives. Il n'est, du reste, pas besoin de cette nouvelle preuve, qui ne serait qu'une preuve d'ordre secondaire, pour mettre en lumière la vraie cause de la paralysie faciale. L'histoire des malades, l'histoire de leurs ascendants et de leurs collatéraux, le caractère d'affection familiale que la maladie peut revêtir dans certains cas, la possibilité de la transmission héréditaire directe dont nous avons rapporté un exemple si frappant, ne laissent subsister aucun doute sur le rôle capital que joue la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore*.

Après avoir établi la véritable origine de l'hémiplégie de la face, il reste à préciser davantage les liens qui l'unissent aux diverses affections du système nerveux. Confinant à l'arthritisme, se rattachant par de nombreux traits d'union à toutes les maladies nerveuses, la paralysie faciale est parente à un degré beaucoup plus rapproché des vésanies et des névroses que des autres membres de la famille neuropathologique. Il suffit, pour s'en assurer, de jeter un coup d'œil sur les faits consignés dans ce travail : on est frappé de voir que, parmi les maladies relevées chez les ascendants ou chez les collatéraux des sujets atteints de paralysie de la septième

bâtir à la hâte, à une certaine distance de la route que devait parcourir l'impératrice, des constructions plus que légères qui de loin donnaient l'illusion de villages plus ou moins grands, établis dans des sites enchanteurs.

Ce subterfuge vient d'être renouvelé en Hongrie, sur une moins grande échelle, il est vrai, et avec un succès final moins heureux pour l'inventeur. La *Gazette medicale de Pesth*, donne en effet comme exacte l'histoire suivante :

Dans son récent voyage d'inspection des garnisons de la Hongrie, l'archiduc Charles-Louis visitait aussi avec une attention toute spéciale les hôpitaux de la Croix-Rouge. Dans une ville importante, un comité de la Croix-Rouge s'était constitué depuis deux ans, mais n'avait absolument rien organisé. Voilà que l'on annonce officiellement à ce comité que l'archiduc arriverait le surlendemain.

Une grande maison fut louée à l'instant même pour un mois. Une centaine d'ouvriers se mirent à l'œuvre, des meubles empruntés à l'hôpital de la ville furent placés dans les salles et quelques malades se déclarèrent prêts à jouer le rôle d'hôtes de la Croix-Rouge, moyennant 2 florins par jour.

L'archiduc arriva et se déclara hautement satisfait. Le comité s'attendait donc à des décorations. Mais il avait compté sans ses hôtes, comme on dit. En effet, à peine l'archiduc parti, le comité rappela les ouvriers pour remettre la maison dans son état primitif. Mais les malades, trouvant leur rôle très lucratif, déclarèrent qu'ils ne partiraient pas avant complète guérison ! Il fallut user de la force pour les mettre à la porte.

C'est ce qui a gâté l'affaire. Ils ont porté plainte contre le comité et le tribunal a con-

paire, on retrouve toujours, soit les grandes névroses, comme l'épilepsie, l'hystérie ou la chorée, soit les vésanies, soit enfin la paralysie générale progressive. Les maladies de la moelle épinière n'y figurent que très rarement, seule la sclérose des cordons postérieurs fait exception à cette règle, mais ne sait-on pas que les troubles psychiques sont fréquents dans le tabes et que la paralysie générale vient souvent se greffer sur l'ataxie locomotrice progressive? l'exception n'est donc qu'apparente. Si après avoir considéré les maladies des ascendants nous regardons du côté des sujets eux-mêmes, nous rencontrons encore la chorée, puis les migraines, les convulsions, le tic convulsif, nous nous trouvons en face d'individus atteints de neurasthénie, d'individus irritables, émotifs, impressionnables à l'excès, tout semble concorder pour dire à l'observateur que chez les sujets frappés de paralysie de la face, c'est le cerveau qui constitue le *locus minoris resistentiæ*.

Ce n'est là assurément qu'une hypothèse, mais nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la paralysie faciale ne nous autorisent pas à aller au delà. Les autopsies faisant défaut, les données que nous avons sur ce point sont encore très restreintes. L'exploration électrique, il est vrai, peut nous guider, au moins dans certains cas, et nous révéler que le nerf facial est lésé, qu'il y a une altération dégénérative, dont l'intensité plus ou moins marquée se traduit par une série de modifications dans les réactions électriques. C'est sur ces variations dans l'état électrique des nerfs et des muscles qu'Erb a basé sa classification des paralysies faciales qu'il a divisées en trois groupes : dans le premier groupe (forme légère), il n'y a aucune anomalie dans l'excitabilité faradique ou galvanique des nerfs et des muscles; c'est la forme essentiellement bénigne dont la guérison ne demande habituellement qu'un délai de vingt à vingt-cinq jours. Au deuxième groupe se rattachent les les hémiplégies de la face d'intensité moyenne : vers la fin de la première semaine on peut constater une légère diminution de l'excitabilité des nerfs; puis dans le cours de la deuxième et de la troisième semaine appa-

---

damné celui-ci à payer, pendant tout un mois, 2 florins par jour à chacun des malades embauchés pour tromper l'archiduc.

Quant aux décorations!.....

*
* *

Dans un grand banquet du Congrès allemand des chimistes ont eu lieu des réjouissances scientifiques assez enfantines.

Parmi elles, une en particulier a eu un grand succès. Hoffmann (de Cologne) commence une petite conférence dans laquelle il énumère les difficultés que les étudiants éprouvent à se rendre compte de la constitution des composés organiques et propose un moyen original de leur fixer les formules dans la mémoire.

Alors commence un ballet dans lequel des coryphées vêtues de couleurs différentes représentent les divers atômes. A son commandement, les atômes se groupent de diverses façons pour représenter les composés chimiques et leurs réactions.

Ce qui, en particulier, eut un grand retentissement, fut la composition du benzol, puis la formation de l'aniline et de ses divers dérivés. Au moment de la constitution de la fuschine ou des autres matières colorantes, des jets de lumières colorées éclairaient le ballet.

Pour terminer, les figurantes représentèrent la constitution de la roburite, et tout se termina par l'explosion de cette substance. Ce ballet, dans le genre d'*Excelsior*, a été le clou de la soirée,

SIMPLISSIME.

raissent dans les muscles les modifications caractéristiques de la réaction de dégénérescence (secousse lente avec prépondérance de la secousse de fermeture à l'anode). Là, le pronostic est encore relativement favorable et la maladie guérit dans l'espace de un à deux mois. Dans le troisième groupe viennent se ranger les paralysies à forme grave avec réaction de dégénérescence complète; diminution, puis abolition de l'excitabilifé galvanique et faradique des nerfs; perte de l'excitabilité faradique des muscles; augmentation quantitative et altération qualitative de l'excitabilité galvanique des muscles. La guérison sera lente, elle demandera des mois entiers et plus encore; très souvent elle sera incomplète.

Telle est la classification très judicieuse établie par Erb. Mais si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises et à des mécomptes, il ne faut pas oublier qu'elle comporte de nombreuses exceptions. Brenner rapporte un exemple de paralysie faciale guérie en peu de temps et qui cependant, dès les premiers jours, présentait une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Le même auteur relate un autre cas qui avait les apparences d'une forme grave avec tous les caractères de la réaction de dégénérescence totale et qui guérit cependant complètement dans l'espace de six semaines. M. Déjerine a communiqué à la Société de biologie (séance du 9 août 1884) un cas de paralysie faciale grave suivi d'autopsie dans lequel il a signalé l'absence presque totale de modifications des réactions électriques. La paralysie faciale chez ce malade, complète dès les premiers jours, durait depuis plus d'un mois, sans que la contractilité musculaire et l'excito-motricité du nerf fussent modifiées d'une façon marquée; la différence entre le côté sain et le côté malade était minime et nullement en rapport avec l'intensité et la durée de la paralysie; au lieu de trouver la réaction de dégénérescence complète, on constatait, au contraire, un état presque normal de la conctractilité faradique. L'examen histologique du nerf facial qui permit de reconnaître l'intégrité de la grande majorité des tubes nerveux rendait compte du peu d'altération de la contractilité électrique, mais n'expliquait en rien l'intensité de la paralysie. M. Déjerine terminait ainsi sa communication : « Il est difficile, pour ne pas dire plus, de comprendre une paralysie faciale par compression, persistant plus d'un mois (jusqu'à la mort), sans que tous les faisceaux nerveux participent à la dégénération. En d'autres termes, dans ce cas, le nerf facial était soumis à une compression suffisante pour empêcher la volonté de passer, mais cette compression était impuissante pour amener la dégénérescence du nerf et, partant, des troubles marqués dans l'état de la contractilité. »

Nous avons eu également occasion d'observer des hémiplégies de la face dans lesquelles les résultats fournis par l'examen électrique ne s'accordaient en aucune façon avec l'intensité et la durée de la maladie; et nous avons vu des paralysies faciales ne s'accompagnant d'aucun changement dans les réactions électriques persister pendant des mois entiers et ne se terminer que par une guérison incomplète.

Il ressort de ces faits que, tout en reconnaissant, tant au point de vue du pronostic que du diagnostic, une grande importance à l'exploration électrique, il ne faut pas en exagérer la valeur et ne pas lui demander des indications d'une rigueur absolue. Il n'y a pas lieu de s'étendre plus longuement sur cette question incidente de l'exploration électrique, et si nous avons fait cette digression, c'est uniquement pour montrer qu'en l'absence d'autopsies et avec les moyens d'investigation que nous possé-

dons, il est difficile de pénétrer la nature intime de la paralysie faciale dite *a frigore*.

En présence de ces incertitudes, en présence de ces données encore si obscures sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, est-il vraiment légitime d'englober, sans réserves aucunes, sous le nom de paralysies faciales périphériques, toutes les hémiplégies de la face qui s'offrent à notre observation à l'état de paralysies isolées? Nous ne le pensons pas. Il y a là des divisions à établir, et si le classement ne peut se faire dès à présent, il est du moins à prévoir qu'il s'opérera dans l'avenir et qu'on arrivera à distraire de ce groupe de paralysies faciales, réputées périphériques, un certain nombre d'hémiplégies de la septième paire dont le point de départ semble être plutôt dans les centres nerveux que dans la périphérie.

En réalité, la physiologie et l'anatomie pathologique de la paralysie faciale sont encore à faire et, dans l'état actuel de la science, nous en sommes réduits aux hypothèses, mais, quel que soit exactement le substratum anatomique de la paralysie faciale, la question étiologique n'en reste pas moins la même. Nous insistons sur ce point, ne serait-ce que pour répondre à une critique qui nous a été adressée, au sujet de notre premier mémoire, par un auteur allemand, M. Edinger. « Il est difficile, dit M. Edinger (*Fortschritte der Medicin*. Déc. 1887), d'admettre l'influence de la prédisposition nerveuse dans une maladie s'accompagnant de lésions anatomiques qui, nous le savons, consistent en une altération totale ou partielle des fibres nerveuses comme nous l'enseigne d'ailleurs l'étude des réactions électriques. »

En quoi l'existence de lésions anatomiques, alors même que celles-ci seraient constantes, peut-elle infirmer notre manière de voir? La paralysie générale progressive, l'ataxie locomotrice, la paralysie infantile ne sont-elles pas des affections à lésions bien déterminées et nettement caractérisées? Est-ce une raison pour dénier à l'hérédité la part prépondérante qui lui revient dans la genèse de ces maladies? Assurément non. Les objections de M. Edinger sont donc mal fondées, et elles ne peuvent atténuer en rien la valeur des arguments et des preuves cliniques qu'il nous a été donné de produire dans le cours de ces études.

Quoi qu'il en soit, que la paralysie faciale dite *a frigore* soit organique ou *sine materia*, qu'elle puisse toujours être rattachée à une altération du nerf ou que parfois son origine première doive être cherchée dans l'encéphale, la cause dominante n'en est pas moins la prédisposition nerveuse héréditaire.

L'histoire de la paralysie faciale, si improprement appelée *a frigore*, vient ainsi se modeler sur celle des autres maladies du système nerveux et l'étude des conditions étiologiques qui président à son développement nous montre, une fois de plus, qu'en pathologie nerveuse, il n'y a qu'une seule cause constante et nécessaire, c'est l'hérédité, dont le rôle prépondérant a, depuis de longues années déjà, été mis en relief par M. le professeur Charcot, dans ses leçons de la Salpêtrière.

BIBLIOTHÈQUE

Études d'otologie, par le docteur Gellé, t. II. — Lecrosnier et Babé, éd.

Ce second volume est aussi fourni que le précédent, et contient, entre autres, plusieurs mémoires étendus sur le vertige de Ménière, où le rôle décisif de la lésion de

l'oreille moyenne est absolument démontré par plusieurs autopsies bien faites. D'autres chapitres traitent de la séméiotique auriculaire, sujet de prédilection de l'auteur; ici, il a décrit et établi un signe nouveau et très sûr de la mobilité de l'étrier, ce petit osselet invisible derrière le tympan, et qui transmet l'onde sonore au labyrinthe et à l'acoustique; ce signe est classique aujourd'hui en France et à l'étranger. On sait, du reste, combien l'auteur insiste sur la valeur supérieure des signes tirés des troubles fonctionnels de l'appareil de transmission du son au point de vue du diagnostic des lésions de l'oreille.

On trouvera dans ce volume un chapitre dont le sujet intéresse tous les praticiens; je veux parler des otites suppuratives graves observées à la suite du tamponnement des fosses nasales dans l'épistaxis; puis des études expérimentales de longue haleine sur le rôle des canaux semicirculaires et du limaçon dans l'audition, sujets toujours en discussion et dont l'historique est présenté avec un esprit critique magistral. La clinique est représentée par plusieurs observations curieuses d'otites hémorrhagiques, etc; par une étude de l'angine chronique rhumatismale, dont la description appartient à l'auteur, etc.

Des figures schématiques aident à la compréhension des expériences décrites. En somme, lecture variée et fort instructive pour tout praticien.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues du 15 au 30 novembre 1888.

Du 16 au 21. — Pas de thèses.

Jeudi 22. — M. Cordier : Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement, spécialement des plaies par armes à feu. (Président, M. Duplay.) — M. Leris-Mélikoff : Etude sur l'organisation de l'hôpital-baraque Alexandre de Saint-Pétersbourg. (Président, M. Proust.) — M. Terrien : Des modes de terminaison du délire alcoolique. (Président : M. Ball.) — M. Castaing : Abcès et gangrènes consécutifs à la variole. (Président, M. Laboulbène.)

Du 23 au 27. — Pas de thèses.

Mercredi 28. — M. Breitman : Contribution à l'étude de l'écholalie, de la cropolalie et de l'imitation des gestes chez les dégénérés. (Président, M. Charcot.) — M. Chauveau : Les hernies inguinales congénitales. (Président, M. Trélat.) — M. Martha : Paralysie agitante. (Président, M. Damaschino.) — M. Chauvet : De la diarrhée matinale. (Président, M. Damaschino.) — M. Bassin : Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 29. — M. Fesquet : Contribution à l'étude de l'approvisionnement de l'eau. (Président, M. Brouardel.) — M. Couturier : Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac. (Président, M. Bouchard.) — M. Gilles : De la double forme plus spécialement considérée dans ses rapports avec la paralysie générale. (Président. M. Ball.) — M. Zaldivar : De la nature hystérique de la tétanie. (Président, M. Dieulafoy.)

Vendredi 30. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

Injection contre l'otite purulente. — Cozzolino.

Iode pur.................	0 gr. 35 centigr.
Iodure de potassium......	2 grammes.
Acide phénique...........	1 gramme.
Glycérine................	50 grammes.
Eau distillée............	100 —

Faites dissoudre. — Trois injections tièdes par jour, dans l'otite purulente avec

lésions osseuses. — Si l'injection provoque de la douleur, on augmente la quantité d'eau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'*Atlas de médecine légale* du professeur A. Lesser, dont la première partie a paru chez l'éditeur Hirschwald, à Berlin, sera continué en 1889 par la librairie P. Schottlaender, à Breslau.

COURRIER

Concours pour les places de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — Nous avons publié l'arrêté ministériel du 18 juillet, concernant le concours pour les places de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. Le *Journal Officiel* du 18 novembre publie à ce sujet deux nouveaux arrêtés, ainsi que l'avis suivant :

1° Les docteurs en médecine nommés par la voie du concours, internes dans les hôpitaux, sont assimilés aux internes des asiles d'aliénés, et, comme tels, admis à prendre part aux concours pour les emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.

2° Pourront, à titre transitoire et exceptionnel, être autorisés à prendre part au premier concours, les docteurs en médecine remplissant les conditions autres que celle de l'âge, et qui, au jour de l'ouverture du concours, n'auront pas dépassé l'âge maximum de trente-cinq ans.

Un premier concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 26 décembre prochain.

Les docteurs en médecine, qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'Assistance publique, avant le 1er décembre prochain.

Cette demande, qui devra indiquer dans quelle région le candidat veut subir le concours, sera accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance ;

2° Un certificat constatant que le candidat a accompli un stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile d'aliénés public ou privé, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital.

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

— Le ministre de l'intérieur a alloué à l'Académie de médecine une subvention de 8,000 fr. pour aider à la propagation de la vaccination animale. Cette allocation sera versée entre les mains du trésorier de l'Académie, dès que cette dernière aura fait connaître qu'elle est en mesure d'en faire usage.

— M. le docteur Dévé, professeur au collège de Beauvais, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de cette ville.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours sur la liberté de conscience.* — M. Agnellet, notaire à Paris, 38, rue Saint-Georges, a reçu d'un donateur anonyme une somme de 15,000 francs, destinée à récompenser le meilleur ouvrage ayant pour objet de faire sentir et reconnaître la nécessité d'établir de plus en plus la liberté de conscience dans les institutions et dans les mœurs.

Ce concours étant institué à l'occasion du centenaire de 1789, les manuscrits devront être déposés chez M. Agnellet avant le 31 mars 1889.

Le jugement sera rendu le 1er juillet 1889, au plus tard, par un jury qui a été constitué ainsi qu'il suit :

MM. Jules Simon, sénateur, membre de l'Académie française, président ; Franck, membre de l'Institut, professeur honoraire au collège de France ; Paul Janet, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris ; Levasseur, membre de l'Ins-

titut, professeur au Collège de France ; Foncin, inspecteur général de l'Université ; Raoul Frary, publiciste ; Carrau, professeur adjoint à la Faculté des lettres de Paris, secrétaire.

Le prix pourra être partagé ; mais la récompense attribuée à l'ouvrage jugé le meilleur ne descendra pas au-dessous de 10,000 francs.

Chaque concurrent sera libre de choisir la forme qu'il jugera la meilleure pour faire valoir ses idées et agir sur l'esprit public. Le roman même n'est pas exclu. On recommande aux concurrents, dans l'intérêt même de la cause qu'ils veulent servir, de faire en sorte que leur ouvrage, tout en offrant un réel intérêt aux esprits cultivés, soit accessible à un large public. Le donateur, d'accord avec les membres du comité, se réserve, pour une période de trois ans, le droit de procurer la publication et la diffusion de l'ouvrage par les moyens qu'il jugera les plus prompts et les plus efficaces. Mais tout bénéfice produit par cette publication appartient de plein droit à l'auteur. Trois ans après la publication du jugement rendu par le comité, l'auteur reprend l'entière possession de ses droits de propriété.

Les manuscrits devront être anonymes et porter seulement une devise reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom de l'auteur.

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de la Commission scolaire, les élèves officiers de santéde première année sont tenus de subir, en juillet, le premier examen de fin d'année.

Cette disposition s'applique également aux élèves officiers de santé qui seraient dans l'intention de renoncer à leurs inscriptions d'officiat, pour prendre des inscriptions de doctorat.

École de médecine de Reims. — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1887-1888.

Médecine. — Première année : prix, M. Céry. — Deuxième année : prix, M. Longuet. — Troisième année : premier prix, M. Roussel ; deuxième prix, M. Isidor ; prix de clinique, M. Longuet.

Officiat. — Troisième année : prix, M. Moufflier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Mourié, médecin de l'hôpital d'Ax, et de M. le docteur Ribart, médecin-major de première classe, décédé à Lyon. M. Ribart était le gendre de M. Hæmmerlin, ancien pasteur protestant, actuellement médecin à Epinal.

Prohibition de la saccharine. — Le ministre du commerce se préoccupe vivement des conséquences que peut avoir, soit au point de vue des intérêts du Trésor, soit au point de vue de l'hygiène publique, la consommation de la saccharine, qui on le sait, est un produit de fabrication allemande. Il est démontré qu'un droit de douane sur cette substance assurerait une prime énorme à la fraude. Il est démontré aussi que la saccharine sert uniquement à augmenter dans des proportions inouïes les falsifications déjà si nombreuses des substances alimentaires. Dans ces conditions, on dit que le ministre du commerce proposera de prohiber l'entrée de ce produit en France.

— L'apparition de cas de choléra ayant été signalée à Valparaiso (Chili), et quelques cas de fièvre jaune ayant été constatés à Santa-Cruz de Palma (îles Canaries), le gouvernement français a prescrit une surveillance rigoureuse sur les provenances de ces pays dans les ports d'Ajaccio, Nice, Toulon, Marseille, Cette, Pauillac, Saint-Nazaire, Brest, Cherbourg, Le Havre, Dunkerque et les ports de l'Algérie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de la Charité. — M. le professeur Potain.

De l'association de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire.

Messieurs,

Je vous ai exposé dernièrement les signes qui permettent de distinguer la tuberculose pulmonaire de la syphilis du poumon, et je vous ai dit que la fièvre, si fréquente chez les tuberculeux, était très rare lors d'envahissement du poumon par la vérole.

Cependant il y a des cas de syphilis à fièvre relativement intense presque autant que dans la phthisie.

C'est ainsi qu'une malade, que nous avons au n° 22, présente une température élevée qui, plusieurs fois, a atteint 40° le soir. Tantôt la fièvre est rémittente, tantôt d'apparence intermittente, car le thermomètre, certains jours, n'a marqué le matin que 37°. En l'auscultant avec soin, on trouve à la base gauche un peu de congestion pulmonaire qui se manifeste par la diminution du son au tiers inférieur et un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire.

Par exclusion, on est forcé d'arriver à penser à la fièvre de la syphilis secondaire. L'accident primitif est difficile à trouver, mais cela n'est pas rare chez la femme. En tout cas, entrée le 12 septembre, notre malade présentait des plaques muqueuses, et a, actuellement, de l'alopécie. C'est là tout, car il n'y a rien à la peau, et nous sommes forcés de rattacher la fièvre à la syphilis en l'absence de toute autre cause. Ceci n'a, du reste, rien d'exceptionnel.

Cette fièvre est rarement la cause d'embarras sérieux, car, dans la syphilis, les lésions pulmonaires sont tardives et se voient à la fin de la période secondaire ou dans la période tertiaire. A ce moment, la fièvre syphilitique est peu fréquente, car, habituellement, elle coïncide avec la roséole et les plaques muqueuses.

De tout ceci on peut conclure avec raison que la fièvre est un bon signe différentiel entre la phthisie pulmonaire et la syphilis du poumon. Il faut y joindre la présence des bacilles dans le cas de tuberculose, celle de gommes cutanées, d'exostose, d'accidents divers dans les cas de syphilis.

Malheureusement quand il y a à la fois syphilis et certains signes de tuberculose, peut-on dire que l'on n'est pas en présence d'un cas d'association? Le fait n'est pas rare et forme la difficulté la plus grande dans la plupart des cas. Il faut alors se demander quelle part revient à chacun des deux fac-

teurs, et c'est là une question capitale, car la tuberculose est beaucoup moins curable que la syphilis.

L'association est assez fréquente pour que quelques-uns aient pu dire que la plupart des accidents de syphilis pulmonaire n'étaient que de la tuberculose. Resterait alors, pour le diagnostic, l'influence du traitement. Nous verrons tout à l'heure dans quelle mesure on peut y avoir foi.

Etudions l'association de la tuberculose et de la syphilis.

Cette association peut se faire de deux façons : la syphilis survient chez un tuberculeux, un syphilitique devient phthisique; et c'est là le cas ardu, car rien n'est plus difficile que de savoir quand et comment on contracte la tuberculose.

Quand la syphilis apparaît chez un tuberculeux, elle aggrave la maladie en ce qu'elle est une cause de débilitation. L'aggravation peut encore résulter des symptômes surajoutés et de l'influence du traitement lui-même.

A l'appui, je vous rapporterai l'observation suivante : Un malade entra à Necker en septembre 1881. Il toussait depuis sa jeunesse, et plusieurs de ses enfants étaient morts en bas âge d'accidents pouvant être rapportés à la tuberculose. Huit mois avant d'entrer à l'hôpital, il contracta la syphilis. Immédiatement les accidents s'aggravèrent et la diarrhée survint. A l'entrée, il existait des signes de phthisie des deux côtés, principalement à droite.

Dans ce cas donc une tuberculose probable à marche très lente se transmettant aux enfants, prend une marche rapide dès que la syphilis apparaît.

La tuberculose, avons-nous dit plus haut, apparaît dans le cours de la syphilis ; c'est là la seconde forme d'association.

La plupart du temps c'est dans la période tertiaire que les accidents syphilitiques pulmonaires proprement dits se développent. C'est aussi à cette époque que la tuberculose se manifeste surtout, car elle est rare au début de la maladie. En réalité, dans le plus grand nombre des cas, quand la tuberculose survient dans la syphilis, elle ne se manifeste que tardivement. Quelquefois il y a des exemples, je n'en connais que deux positifs, où les accidents pulmonaires surviennent dans la période secondaire, à la fin.

Une malade que j'ai observée à Necker, dont trois frères étaient morts de tuberculose pulmonaire, entra pour une hémiplégie gauche avec paralysie faciale droite. Antérieurement elle avait eu des éruptions cutanées qui avaient laissé des cicatrices caractéristiques. Le traitement spécifique amena la guérison en trois semaines, mais entraîna une stomatite très intense, de la perte des forces, de la diarrhée avec toux et fièvre. A gauche, il existait des signes de tuberculose avancée, et cette tuberculose était survenue à propos de la syphilis. La malade quitta l'hôpital améliorée.

Il n'y a pas à s'étonner beaucoup de ce que la syphilis puisse donner lieu à des gommes pulmonaires à une période peu avancée, puisqu'il est facile de voir des cas précoces de gommes cutanées.

Notons encore que le traitement spécifique, quand il est mal supporté, joue un rôle dans le développement de la phthisie.

Cela ne veut pas dire que la syphilis ne puisse pas provoquer la tuberculose, bien loin de là. Elle agit de deux façons : comme cause occasionnelle, comme cause prédisposante.

Tout à l'heure, nous l'avons vu occasionnelle dans les deux observations que j'ai rapportées.

Voici maintenant un cas dans lequel elle a agi en prédisposant à la phthisie. Une malade de 21 ans, entrée à Necker en septembre 1883, était devenue tuberculeuse sans cause appréciable, bien qu'elle fût prédisposée, car son père était mort en trois mois d'une phthisie probable. Deux ans auparavant, elle avait eu un chancre de la lèvre inférieure qui avait été suivi de mal de gorge et de syphilides diverses. Quelque temps avant l'entrée était survenue une poussée nouvelle en même temps que la tuberculose apparaissait et devenait rapidement menaçante. Nous lui trouvâmes des signes manifestes du deuxième degré. Malgré cela, il survint une amélioration assez notable pour que la malade ait pu quitter l'hôpital.

La syphilis peut provoquer la tuberculose en agissant sur les bronches et le larynx. Cela est rendu probable par ce fait qu'il existe à la période secondaire des cas de bronchites sans cause appréciable que l'on a considérés comme de la syphilis des bronches. D'autre part, chez certains malades, l'affection commence par le larynx et on y trouve la syphilis, tandis que plus tard se développe la tuberculose pulmonaire. Il y a donc là comme une sorte d'appel.

Lorsque la syphilis envahit le poumon, elle semble devenir une cause de fixation des bacilles. En voici un exemple : En 1884 entrait à l'hôpital un malade âgé de 42 ans, sans hérédité tuberculeuse et ayant eu cinq enfants, dont quatre étaient morts en bas âge. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il contracta une syphilis qui entraîna des accidents caractéristiques. Quelque temps après, il se développa à la base du cou une tumeur qui suppura. Le malade se mit à tousser, expectora à plusieurs reprises quelques filets de sang, puis fut pris d'une grande gêne de la respiration en même temps que les crachats devenaient muco-purulents. Bientôt survint de la fièvre, les forces se perdirent et l'amaigrissement devint considérable.

A l'entrée, on trouve une exostose du radius et des ulcérations du voile du palais. Les signes de la phthisie existaient des deux côtés, prédominant à gauche. Le malade, après un court séjour à l'hôpital, mourut un peu rapidement.

A l'autopsie, on trouva à la fois des signes nets de tuberculose et des signes nets de syphilis. A gauche, il y avait des adhérences de la plèvre, de la pneumonie chronique du sommet, et surtout des tubercules miliaires caractéristiques, quelques-uns étant déjà caséeux. Ils s'étendaient, du reste, à une grande partie du poumon. A droite se trouvaient deux cavernules de la grosseur d'une petite noisette et de petits tubercules miliaires. La syphilis revendiquait pour sa part, dans les régions inférieures des poumons, des parties devenues dures, blanc rosé et atteintes de la lésion que l'on a appelée pneumonie blanche, et qui ne se voit jamais dans la tuberculose. On retrouvait, du reste, encore la syphilis dans les os. Il y avait donc à la fois dans les poumons des manifestations tuberculeuses et des manifestations syphilitiques, les premières siègeant au sommet et les deuxièmes à la base.

Les lésions tuberculeuses contenaient des bacilles. Mais, ce qui est très intéressant, c'est qu'ils n'existaient pas inférieurement, sauf dans quelques points où ils avaient déjà élu domicile au niveau de la pneumonie blanche.

Localement donc, la lésion syphilitique préparait la fixation, l'extension de la phthisie existant déjà en servant de lieu d'appel. C'est dire qu'un tuberculeux devenant syphilitique verra sa maladie s'exagérer.

Il y a des cas rares où la syphilis a réellement préparé le terrain à la

tuberculose. On peut d'ailleurs se demander bien souvent s'il n'y a pas eu seulement exaspération de la maladie préexistante.

Un malade de 42 ans avait eu la syphilis à 26 ans. Après les accidents habituels, il ne se produisit rien pendant quatorze ans. Puis sa femme devint phthisique et, après la mort de cette dernière, il dut lui-même entrer à l'hôpital pour des accidents de faiblesse, d'amaigrissement, de toux, etc. Il y avait destruction complète des deux cordes vocales. Sous l'influence de la médication antisyphilitique, les accidents rétrocédèrent un peu, puis devinrent de nouveau intenses et emportèrent le malade. A l'autopsie, on trouva, comme chez le malade dont je vous ai tout à l'heure rapporté l'observation, des lésions manifestement tuberculeuses au sommet et de la pneumonie interstitielle grise à la partie postéro-inférieure. Cet homme ne paraissait pas prédisposé à la tuberculose et paraît être victime de transmission directe.

On peut, chez des tuberculeux phthisiques, arrêter les accidents; il ne faudrait pas en conclure que ces derniers soient syphilitiques, la tuberculose pouvant être enrayée même dans ces cas.

Une malade de 22 ans entrait à Necker en 1888. Son père était mort tuberculeux et, depuis longtemps, elle avait des bronchites. A l'examen, on trouva des signes manifestes aux deux sommets. Mais, de plus, la malade était syphilitique, bien que l'accident primitif fût impossible à découvrir; elle présentait, en effet, une iritis indolore survenue sans cause appréciable et un engorgement de l'un des coudes avec plaques suspecte. Nous espérâmes donc que la lésion pulmonaire pouvait être partiellement syphilitique.

Le traitement spécifique améliora considérablement la situation, et la malade put sortir de l'hôpital presque guérie. Les signes de la syphilis avaient disparu. Il restait quelques traces de tuberculose au sommet, et, quelques mois plus tard, il était impossible de les retrouver.

Cette observation, et quelques autres du même genre que j'ai recueillies, sont très importantes au point de vue du pronostic. Il importe en effet beaucoup de décéler la syphilis qui peut être latente chez le tuberculeux, car dans ce cas elle provoque, exagère la maladie, et le traitement améliore parfois rapidement.

Un malade que j'ai observé dernièrement avait des signes de tuberculose très nets locaux et généraux; à 18 ans, il était devenu syphilitique. Le traitement spécifique l'améliora rapidement, et il sortit de l'hôpital un des sommets complètement dégagé.

Le traitement, dans tous ces cas, n'empêchera pas ces tuberculoses de rechuter, mais il est évident qu'il agit non seulement quand il s'agit de syphilis pulmonaire, mais encore quand il y a véritablement phthisie bacillaire.

Ce traitement est nécessairement mixte. Faut-il l'employer quand les accidents tuberculeux sont immédiatement menaçants? Evidemment oui. Car des deux affections l'une, la syphilis, peut être rapidement modifiée, sauf dans ces cas rebelles qui résistent à tout, et elle joue, nous l'avons vu, un grand rôle dans le complexus morbide. Après on agira contre la tuberculose sans du reste croire que, la syphilis disparue, la phthisie guérisse toujours.

Quand la tuberculose apparaît, la syphilis peut être latente, à peine visible, cela ne doit pas empêcher d'agir.

Comme il s'agit de syphilis secondaires tardives ou de tertiaires, on devra employer le traitement mixte, L'iodure de potassium est certainement utile, mais le mercure aussi est nécessaire. Il faut même qu'il soit administré énergiquement, et, à ce propos, il sera nécessaire de le donner d'une manière qui ménage le tube digestif si fréquemment atteint chez le tuberculeux. On devra donc choisir, soit les frictions, soit les injections sous-cutanées, et de préférence les premières quand elles seront possibles. Le malade doit être surveillé avec grand soin, car les accidents dus au traitement deviennent graves quand il y tuberculose.

En résumé, on peut dire qu'étant donné un cas de tuberculose, il sera moins grave quand il y aura en même temps une syphilis, parce que l'on pourra espérer modifier cette dernière.

Note au sujet du traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques,

Par le docteur ROULIN.

Dans la séance du 9 novembre de la Société médicale des hôpitaux, M. Gaucher cite le travail de M. Dubousquet-Laborderie contenant 81 cas d'angine diphthéritique traités et guéris par les cautérisations antiseptiques selon sa méthode, et M. Gaucher ajoute : « On avait dit que mon traitement serait inapplicable chez les enfants d'un certain âge. Or, 61 des malades de M. Dubousquet avaient moins de 12 ans. »

« Enfin, comme moi, il a constaté qu'il n'y avait pas de réaction inflammatoire, pas plus de gêne de la déglutition que par les autres méthodes; il n'a pas non plus observé d'intoxication phéniquée, bien que les urines fussent noires, parce que le traitement local est en même temps un traitement général.

« Comme technique, j'emploie une solution de 5 à 10 grammes, suivant les cas, d'acide phénique cristallisé dans 10 grammes d'alcool. Sur le conseil de Richard (du Val-de-Grâce), j'ajoute maintenant à cette solution 70 centigrammes d'acide tartrique pour la rendre aseptique.

« Après avoir raclé fortement la gorge avec un pinceau taillé en brosse, de façon à bien enlever les fausses membranes, je badigeonne avec la solution. On répète cette manœuvre trois fois par jour; en outre, toutes les deux heures, je fais rincer la gorge avec une solution d'acide phénique à 1 p. 100. Je redis à dessein qu'il faut appliquer ce traitement énergiquement tel que je viens de le préciser. (*Bulletin médical.*) »

Plus loin, M. Gaucher ajoute : « J'ai parlé d'une mortalité de 5 p. 100 dans un travail lu à la Société de médecine pratique le 5 janvier 1888. Je disais que, dans tous les cas d'angine couenneuse traitée par la solution de phénate de soude en gargarismes et en douches répétées chaque jour, la guérison avait eu lieu;

« Que le traitement était applicable à tous les malades sans distinction;

« Qu'il était sans danger;

« Que quelquefois les urines devenaient noires; qu'il suffisait, pour faire cesser ce symptôme, de suspendre ou même d'éloigner les douches; qu'avec cette précaution, ce phénomène était plutôt utile que nuisible. »

Comme on le voit, je suis d'accord avec M. Gaucher, sauf sur deux points :

1° Je ne cautérise pas;

2° A la place de l'acide phénique, j'emploie une solution de phénate de soude. Ce médicament est préférable à l'acide phénique, si j'en crois mon expérience et le travail lu par mon collègue Gautrelet à la séance de la Société de médecine pratique du 8 novembre.

Quant à la cautérisation, elle est au moins inutile, puisque j'arrive à un résultat égal sans elle, et, s'il fallait en apporter d'autres preuves, je citerais les paroles de

M. Cadet de Gassicourt dans la séance de la Société médicale des hôpitaux en réponse à M. Gaucher. Voici, d'après le *Bulletin médical*, ce qu'a dit ce distingué médecin :

« J'ai expérimenté le traitement de M. Gaucher à l'hôpital et en ville. Je dois dire que les cautérisations avec sa solution sont parfaitement applicables chez les enfants; ils crient, mais on y arrive; il est incontestable aussi qu'elles nettoient parfaitement l'arrière-gorge, etc.

« Maintenant il me paraît bien difficile d'admettre que ce traitement réussisse dans tous les cas. Il vient précisément d'échouer entre mes mains, à l'hôpital, dans un de ces cas éminemment toxiques d'emblée contre lesquels tout échoue.

« il est vrai que, si on avait fait des cautérisations comme le demande M. Gaucher, on avait omis de rincer la gorge avec la solution phéniquée à 1 p. 100. Voilà pourquoi M. Cadet de Gassicourt a échoué dans ce cas. C'est le lavage et non les cautérisations qui guérit la diphthérie. Les succès incontestables de la méthode de M. Gaucher sont dus, comme ceux de la mienne, aux fréquents lavages antiseptiques. »

Voilà ce qui paraît bien établi, d'après cette observation de M. Cadet de Gassicourt.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Trélat présente le résumé des opérations qu'il a pratiquées pendant l'anné 1887-88.

M. Terrier, revenant sur une observation d'hystérorraphie pour prolapsus utérin reconnaît que cette opération a été pratiquée, pour la première fois, par Olshausen en 1886. Un second cas a été publié par John Philips en mars 1888, et le troisième appartient à l'auteur qui a employé un procédé très différent de ceux de ses devanciers.

L'opération a aussi été pratiquée contre la rétro-flexion, ou pendant le cours d'une autre intervention, mais elle n'a été faite que trois fois pour un prolapsus de l'utérus.

M. Trélat n'admet pas le mot de ventro-fixation qui lui semble barbare et il propose de le remplacer par celui de hystéropexie qui est conforme à l'éthymologie grecque.

M. Lucas-Championnière a fait, avec succès, l'opération contre un cas de rétroflexion.

— M. Berger communique les résultats obtenus par lui en employant l'hystérectomie totale dans le cancer utérin. Il a fait deux fois l'opération et il a eu deux morts opératoires : l'une de septicémie péritonéale et l'autre d'accidents urémiques; dans ce dernier cas, les pinces avaient été placées sur les uretères.

M. Verneuil fait ressortir que deux points se dégagent tout d'abord de la discussion : une protestation catégorique contre l'emploi exclusif de l'hystérectomie totale, la reconnaissance officielle de l'hystérectomie partielle.

Cette dernière est recommandée par MM. Polaillon et Marchand, acceptée par M. Tillaux, et ne tardera pas sans doute à être admise par MM. Bouilly et Richelot.

Par contre, MM. Trélat, Terrier et Reynier conservent toutes leurs préférences pour l'opération totale.

La réhabilitation de l'amputation du col est assurée, car ses adversaires ne pourront nier ni sa simplicité ni sa bénignité, et se sont là les qualités maîtresses d'une opération palliative ; ils lui reprochent seulement son insuffisance. Ses partisans peuvent démontrer, sans peine, les chiffres à la main, qu'elle rend d'aussi grands services que la méthode rivale.

On a dit que cette discussion venait trois ans trop tôt. Pourquoi attendre trois ans pour faire valoir les avantages de l'hystérectomie partielle?

Pourquoi attendre trois ans pour dire que l'hystérectomie totale n'a pas réalisé toutes les expériences qu'elle avait fait naître, qu'elle a découragé quelques-uns de ses adhé-

rents, qu'on a attendu d'elle plus qu'elle ne peut donner, qu'elle ne peut être que très exceptionnellement utile?

On réclame trois ans pour pouvoir comparer les survies des deux opérations, mais dans trois ans, on demandera peut-être encore un nouveau sursis.

D'ailleurs, dit M. Verneuil, cette comparaison entre les deux hystérectomies, que vous croyez encore impossible en France, a été faite à l'étranger. Elle semble démontrer que l'amputation partielle, au point de vue de la survie, donne des résultats supérieurs à ceux de l'extirpation complète; puis, autre fait bien décourageant, qu'au bout de quatre ans, presque toutes les femmes, ayant subi la grande opération ont succombé. Les statistiques étrangères, quels que soient les résultats qu'elles donnent, ne doivent pas non plus être passées sous silence.

En cas de néoplasme malin, une opération n'est curative qu'à la condition de détruire entièrement les productions morbides, elle peut alors amener la cure radicale, c'est-à-dire la guérison du mal sans crainte de retour. Malheureusement, l'éradication complète est certainement fort rare. D'ailleurs, l'important est que l'exérèse soit suffisante, et le but peut être atteint aussi bien par une opération partielle que par une opération totale.

Une opération n'est que palliative, quand elle a épargné une partie du néoplasme. Certes, elle présente alors de grandes avantages en retardant la marche de la maladie, ou en remédiant à des accidents divers; elle peut même être suivie de cicatrisation plus ou moins durable de la plaie chirurgicale, ce qui constitue le succès opératoire; mais comme la récidive se montre fatalement après un laps de temps variable, le mot guérison n'est acceptable qu'à la condition d'y ajouter l'épithète de temporaire.

Négligeant donc cette question de cure radicale et me bornant à enregistrer la survie de mes opérées, je pense que l'on peut ainsi classer les résultats généraux de l'hystérectomie :

1° Survie nulle. Mort opératoire.

2° Survie sans cicatrisation locale ou sans succès opératoire, le mal se continuant sur place ou récidivant sur-le-champ.

3° Survie avec succès opératoire primitif; guérison temporaire plus su moins durable et récidive locale ou à distance entraînant plus ou moins vite la mort.

4° Survie avec succès opératoire et guérison apparente ou temporaire courte, longue, très longue. Cette dernière faisant croire à la cure radicale et y correspondant peut-être.

Tous les cas peuvent rentrer dans ce cadre. Aussi, ayant adopté pour juger les résultats de ma pratique le critérium de la survie, je me crois en droit de m'en servir pour apprécier les résultats de mes collègues.

Jusqu'à présent, j'ai toujours employé le même procédé, c'est-à-dire l'amputation sous-vaginale, et toujours avec le même instrument, c'est-à-dire l'écraseur linéaire, faisant à la suite, quand la chose était nécessaire, l'évidement de la partie centrale de la plaie avec la curette et le thermo-cautère. En employant le procédé des deux hémisections, je fais une exérèse suffisante, ainsi que le prouvent mes observations. L'écraseur n'expose pas aux divers accidents qui ont été signalés avec les autres agents de section ; d'autre part, il est d'un maniement très simple à la portée de tous les praticiens ; ce sont là des considérations qui méritent qu'on lui accorde la préférence.

Il est reconnu que l'hystérectomie partielle est simple dans son exécution : quant à sa bénignité, on ne peut la mettre en doute ; sous ce rapport, il n'y a pas de comparaison possible à établir entre les deux méthodes et nous sommes tous d'accord sur la gravité de l'opération totale.

Je reconnais poutant que de jour en jour les indications sont mieux établies, le manuel opératoire plus perfectionné et que les statistiques s'améliorent d'année en année, mais lors même qu'on en arriverait à une mortalité opératoire devenue quantité négligeable, et que l'hystérectomie totale pourrait être imposée comme méthode de choix, il faudrait pour que son triomphe fût complet que les succès thérapeutiques fussent meilleurs. Or nous savons que la récidive se montre très souvent dans les premiers mois et la première année, souvent encore dans le courant de la seconde, assez rarement pendant la

troisième, par cette raison que déjà les trois quarts des opérées sont mortes ou en train de mourir, et plus rarement encore pendant ou après la quatrième, parce que le combat à cette époque a fini faute de combattants.

Et ce qu'il est le plus pénible d'avouer, c'est que si l'on parvient à rendre l'opération innocente, on ne connaît absolument rien qui constitue une garantie contre cette terrible récidive.

En vérité, pour justifier la doctrine hardie du tout ou rien, il faudrait que les résultats généraux de l'hystérectomie totale fussent meilleurs qu'ils ne le sont. Ses partisans les trouvent encourageants, mais je ne puis partager leur croyance, quand je vois ce qu'elle a produit.

Les essais datent à Paris des premiers mois de 1885 : Or, si l'on examine les relevés de MM. Bouilly, Pozzi, Richelot, Terrier, Trélat, Polaillon, Alfred Marchand, Gérard Marchant, Périer, Monod, Schwartz, Kirmisson, Segond et Berger, voici ce que l'on apprend sur le sort des opérés :

Sur 109 hystérectomies totales, je compte :

35 morts opératoires.

31 morts et récidives.

18 morts inévitables, la récidive étant déclarée.

25 survies sans récidive.

D'où résulte qu'en moins de quatre ans, ayant 109 fois engagé la lutte pour la cure radicale, vous avez perdu déjà ou vous perdrez inévitablement la bataille 82 fois, c'est-à-dire dans la triste proportion de 76,9 pour 100; 35 fois au premier choc, 31 fois après une résistance en général bientôt vaincue, 18 fois dans un avenir plus ou moins prochain.

A la vérité, il nous reste 25 guérisons possibles, mais dont plus d'une ne sera malheureusement que temporaire. En effet, des 25 opérées, 2 seulement ont dépassé la troisième année, 3 la deuxième année, 8 ont franchi les limites de la première année, enfin 12 ne comptent pas encore un an à leur actif. Or, qui peut espérer que les 19 femmes, qui n'ont pas encore doublé le cap de la deuxième année, ni même celui de la première, guériront toutes radicalement? Qui pourrait même affirmer que les cas encourageants, au nombre de 5 seulement, sont définitivement hors de danger?

En regard des résultats fournis par l'hystérectomie totale depuis 1885, voici ce que m'a donné l'ablation partielle depuis la même année. Des 5 malades que j'ai opérées, aucune n'est encore morte, bien que 3 aient été opérées depuis plus de trois ans. Ma moyenne de survie est donc de trente mois. Aussi, si je compare ces résultats à ceux de MM. Marchand, Polaillon, Pozzi et Trélat, dont le nombre de malades peut entrer en parallèle avec le mien, je trouve qu'ils valent bien ceux de mes collègues, et, qu'en tout cas, ils ne sont pas aussi médiocres que l'a prétendu M. Trélat.

M. Richelot m'a adressé un certain nombre de critiques; mais, en vérité, je me demande comment notre collègue a lu mon mémoire de 1884 pour ne pas retrancher de mes 17 cas, celui qui a été suivi de mort opératoire, et pour y voir, parmi les 16 autres, a malade guérie aujourd'hui depuis cinq ans, et n'y pas voir cette autre malade, fleuron de ma couronne, qui a vécu six années entières sans récidive et n'a succombé qu'un an après, avec sept ans de survie; enfin, je suis étonné que M. Richelot compte 11 récidives immédiates, quand je n'en signale que 7.

De son côté, M. Terrier m'a fait aussi quelques critiques; il a reproché à mes observations antérieures à 1884 d'être peu concluantes; j'avoue que je suis surpris de ce reproche, puisque je n'ai pas omis de dire que mon mémoire de 1884 avait surtout été écrit dans un but de médecine opératoire; si mes résultats y ont été consignés, ils n'arrivaient, dans mon idée, qu'au deuxième plan.

Je me demande encore pourquoi notre collègue a dressé un tableau incomplet de mes opérations. Au lieu de compter avec les vingt-quatre qui composent mon bilan, il n'en prend que seize, rejetant entièrement les huit autres, et même des seize qu'il soumet à l'observation il en retranche encore deux autres, faites pour des affections différentes. Sans relever les erreurs qui se sont glissées dans l'argumentation de M. Terrier, au point

de vue de la survie de deux de mes opérées, je ne puis accepter comme base de discussion la nouvelle division qu'il a donnée de mes opérations.

Mes critiques, adressées à l'hytérectomie totale, ne vont pas jusqu'à l'exclure dans la thérapeutique des néoplasmes malins de l'utérus; mais elle ne me paraît indiquée que dans certaines conditions, qui sont : l'exacte limitation du mal à l'utérus, avec intégrité absolue des tissus péri-utérins, et l'envahissement du col allant trop haut, pour que l'amputation partielle sous et sus-vaginale soit capable d'extirper tout le néoplasme.

Malheureusement, il est souvent très difficile de poser un diagnostic topographique certain; c'est la raison pour laquelle je me montre quelquefois timide et ce qui me fait, dans le doute, choisir l'innocente amputation du col.

M. Bouilly m'a reproché de préconiser en pareille circonstance une ablation partielle, alors que, pour le sein, la langue, etc., j'ai, au contraire, conseillé les plus larges opérations. Il n'y a pas, suivant moi, de comparaison possible à établir entre les affections malignes de ces différentes régions.

Le diagnostic pourra peut-être un jour être aidé par l'anatomie pathologique, sur laquelle comptent beaucoup MM. Trélat et Terrier; je l'espère également. Cependant, je ne crois pas qu'il faille trop exagérer.

D'ailleurs, il nous semble qu'en cas de doute sur l'envahissement probable des tissus péri-utérins, il est préférable d'opter carrément pour l'opération palliative simple et bénigne, plutôt que de tenter une cure radicale plus que douteuse.

Ce qui me conduit à conclure que les incertitudes du diagnostic anatomique sous ses deux formes principales légitiment l'hystérectomie partielle plutôt que l'hystérectomie totale.

M. Trélat a demandé à l'anatomie pathologique d'indiquer d'une façon sûre s'il y a des néoplasmes de l'utérus qui peuvent présenter une marche lente et, de plus d'établir quand et comment se fait l'envahissement du système lymphatique.

— M. Berger présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'ostéotomie pour cal vicieux du fémur. Le résultat a été très bon.

— M. Jalaguier présente un malade opéré de pseudarthrose flottante de l'humérus.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTE D'UNE TROUSSE DE MÉDECIN APPARTENANT AU IIIe SIÈCLE.

Un habile investigateur, dont nos lecteurs connaissent le nom, M. Eugène Toulouze, a réuni dans une collection des plus curieuses les richesses provenant de ses fouilles dans le sol du vieux Paris. Il en est une, entre toutes, qui nous a vivement intéressé : c'est la trousse d'un chirurgien du IIIe siècle, d'un contemporain de Galien. M. Toulouze la découvrit, il y a quelques années, non loin de la mairie du XIIIe arrondissement ; elle était enfouie dans une sépulture au bord de l'ancienne voie allant de Lutèce vers les villages d'Ivry et de Vitry.

On sait que les Romains avaient coutume d'élever les tombeaux de leurs grands hommes sur les côtés mêmes des routes. Il est certain qu'à Paris, pendant leur domination, cette coutume a été observée, et que la sépulture où la trousse fut trouvée était celle d'un médecin ou d'un chirurgien.

Le bronze fut le premier métal usité pour la fabrication des instruments nécessaires aux opérations de la chirurgie. Au IIIe siècle de notre ère, le fer était employé depuis longtemps pour les armes et les outils d'artisans destinés à de rudes travaux ; mais les bijoux (épingles, bracelets), les ustensiles de toilettes (strigilles, auriscalpium), les instruments de chirurgie étaient en métal plus doux, de facile conservation, ainsi que le prouve la trousse dont nous allons parler.

Elle est unique au monde. On a trouvé jusqu'ici des instruments isolés ; le musée de Naples en contient un grand nombre. On en a trouvé appartenant à la spécialité de l'oculistique, fort en honneur en Egypte dès la plus haute antiquité.

Un mémoire récemment publié dans la collection des Antiquaires de France (tome XLI, page 163) est consacré à la description d'un étui à collyre égyptien, qu'on peut voir au musée Egyptien du Louvre, et qui rappelle la plupart des étuis de même provenance conservés dans divers musées d'Europe. Le musée égyptien du Louvre, celui de Leyde, celui de Londres, renferment des restes d'autres étuis à collyre de forme très variées; ils sont en bois, en albâtre, en cristal de roche, en ivoire, en verre coloré, etc.; dans quelques-uns on voit des restes de substance médicamenteuse, mais une trousse complète comme celle-ci, aucun musée n'en possède.

C'est en octobre 1880 que M. Toulouze fit sa découverte. La disposition et la nature du sol avaient dû provoquer rapidement l'absorption des eaux et contribuer à la conservation merveilleuse de la trousse. Tous les instruments se trouvaient dans un vase circulaire, sorte de *cortina* qui servait peut-être à faire bouillir les produits pharmaceutiques, ce sont de véritables bijoux. Tous sont en bronze, peut-être additionné de beaucoup d'argent. Sous la patine verte qui les recouvre, on peut facilement mettre à nu le métal, brillant comme de l'or.

Tout est d'une seule pièce, lame et manche, et ces manches sont autant de petites merveilles; délicates moulures, filets, courbes gracieuses, facettes artistement ménagées, rien n'est négligé pour leur donner l'aspect le plus élégant. Il serait impossible, nous disait un connaisseur, de faire mieux aujourd'hui; on aurait même quelque peine à faire aussi bien, en tenant compte des difficultés que devait rencontrer la fabrication à cette époque, en songeant que de nos jours, avec un outillage perfectionné, on ne pourrait guère reproduire ces instruments qu'en plusieurs pièces, et qu'on ne saurait surpasser leur finesse, on admire la patience et l'habileté de l'ouvrier antique.

Dans le vase de bronze de 0m11 de hauteur sur 0m20 de diamètre, il y avait soixante-quinze monnaies romaines, petit bronze, aux effigies de l'usurpateur Tétricus Ier et de Tétricus II; dix-sept instruments de chirurgie, sur lesquels nous allons revenir; cinq étuis en bronze doré ou argenté, qui sans doute contenaient des onguents; une petite boîte de bronze admirablement argentée, de 0m083 de long sur 0m045 de large et 0m035 de haut, entièrement dessoudée, mais qu'il serait facile de rétablir dans son état primitif; une petite pierre noire de la grosseur d'un chaton de bague; une plaque, sorte de pierre du Levant, taillée en biseau et de forme rectangulaire qui devait servir à aiguiser les intruments; enfin deux boucles, dont l'une est en bon état et possède encore l'ardillon qui servait à arrêter la courroie, l'autre plus oxydée est un anneau ouvert dont les deux extrémités sont terminées par deux têtes de reptiles qui se regardent.

Voici l'énumération des instruments. Quelques-uns, grâce à l'habileté de l'ouvrier, à l'excellence du métal et à leur forme légère, conservent leur élasticité primitive et le même fonctionnement qu'au lendemain de leur fabrication. Les figures que nous en donnons, en grandeur naturelle, sont la reproduction de gravures en taille-douce exécutées par M. Toulouze.

1° Petite pelle légèrement concave de 0m018 de diamètre, montée sur un manche creux de 0m18, et paraissant avoir servi d'insufflateur. Le manche creux est formé d'une plaque de bronze dont on a soudé les deux bords; il porte une trace apparente de dorure.

2° Petite cuillère hémisphérique, de 0m04 de diamètre, et munie d'un bec (fig. 1.) Sa longueur totale est de 0m17.

3° Instrument d'une interprétation difficile (fig. 2), long de 0m20, composé de deux branches articulées à la manière des ciseaux; chacune présente à sa terminaison une surface formant le quart de la circonférence d'un ovoïde dont un bord est finement dentelé. Lorsque ces deux extrémités sont réunies, elles forment la moitié d'un ovoïde. L'instrument peut saisir, sectionner les tissus en les écrasant et recevoir dans sa concavité la partie détachée. Chaque branche est d'un seul morceau et le métal est admirablement travaillé. La pointe extrême des manches est formée par une boule olivaire précédée de cercles concentriques. Enfin, l'état de conservation de cet instrument ne laisse rien à désirer; les parties dentelées saisissent encore les objets, et le rivet qui réunit les deux branches, fonctionne comme s'il venait de sortir des mains de l'ouvrier. Une partie de la longueur des manches est hexagonale, mais les facettes sont peu accusées. Le musée de Saint-Germain possède une série de presselles d'un travail délicieux;

elles ont été trouvées à Reims, dans la trousse d'un oculiste. Cette dernière ne contient rien de semblable à l'outil que nous venons de décrire, et qui est unique.

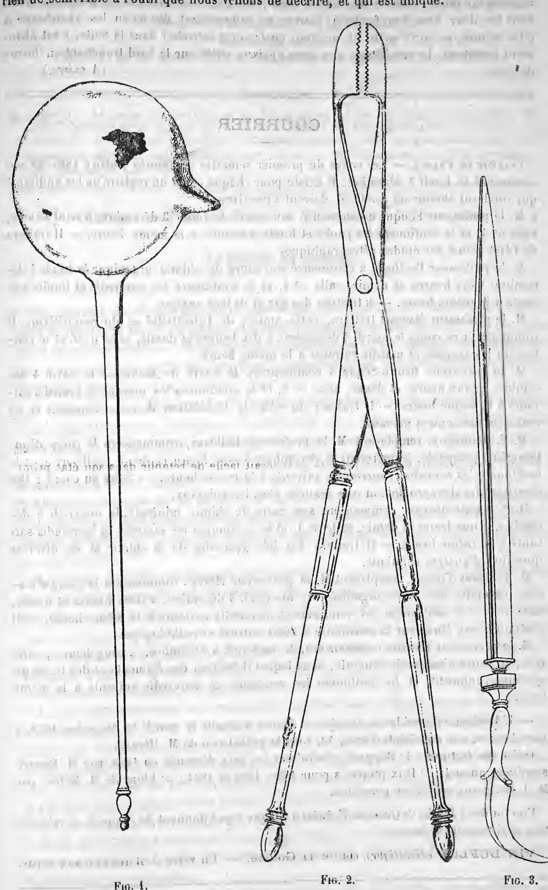


FIG. 1. FIG. 2. FIG. 3.

4° La figure 3 représente un instrument plus remarquable encore. C'est une pince à mors unis, droit et allongées, dont le talon porte une sorte crochet en serpette. L'ins-

trument, d'un seul morceau, apparaît d'abord comme étant le manche du crochet et se termine en pointe comme un crayon taillé; c'est une tige fendue longitudinalement, dont les deux branches, faciles à écarter, se rapprochent dès qu'on les abandonne à elles-mêmes, en sorte qu'un fil, un tissu quelconque introduit dans la fente, y est absolument maintenu. Le crochet est une lame épaisse, striée sur le bord tranchant en forme de lime. (*A suivre.*)

COURRIER

Collège de France. — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1888-89 ont commencé le lundi 3 décembre. Il existe pour chaque cours un registre où les auditeurs qui voudront obtenir un certificat doivent s'inscrire.

M. le professeur Fouqué a commencé son cours le lundi 3 décembre, à neuf heures, salle n° 4, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera de l'état actuel des études pétrographiques.

M. le professeur Berthelot a commencé son cours de chimie organique le lundi 3 décembre, à dix heures et demie, salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des gaz et de leur analyse.

M. le professeur Mascart traitera, cette année, de l'electricité et du magnétisme. Il commencera ce cours le mardi 4 décembre, à dix heures et demie, salle n° 9, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Brown-Séquard commencera le cours de médecine le mardi 4 décembre, à deux heures et demie, salle n° 6, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera du rôle de l'inhibition dans les fonctions et les maladies des centres nerveux.

M. F. Henneguy, remplaçant M. le professeur Balbiani, commencera le cours d'embryogénie comparée, le mercredi 5 décembre, à une heure et demie, salle n° 5, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Sujet du cours : Des divers modes de reproduction non sexuelle chez les animaux.

M. P. Schützenberger commencera son cours de chimie minérale, le mercredi 5 décembre, à une heure et demie, salle n° 1, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des lois générales de la chimie et de diverses questions d'analyse chimique.

M. François-Franck, remplaçant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 5 décembre, à trois heures et demie, salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il continuera son étude sur la sensibilité à l'état normal et pathologique.

M. le professeur Ranvier commencera, le mercredi 5 décembre, à cinq heures, salle n° 2, un cours d'anatomie générale, dans lequel il traitera des éléments et des tissus du système conjonctif, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 11 décembre 1888, à trois heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Hérard.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1888, par M. Proust, secrétaire annuel; 2° Prix proposés pour 1889, 1890 et 1891 ; 3° Eloge de M. Mélier, par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Kirmisson.

Le cancer du rectum.

Messieurs,

Un homme de 52 ans est entré dans nos salles pour des accidents remontant à quelques mois et ayant d'abord consisté en des hémorrhagies rectales peu abondantes. Celles-ci augmentèrent et il s'y joignit des douleurs qui n'ont débuté qu'il y a quelques semaines et ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve sur la partie postérieure du rectum des végétations papilliformes, mollasses, remontant plus haut que le doigt ne peut atteindre et faisant une saillie considérable dans l'intestin. Elles reposent sur une base indurée caractéristique des tumeurs malignes. Il s'agit là d'un épithélioma ayant végété.

Au point de vue de la nature de la tumeur, on peut rencontrer dans le rectum les différentes variétés du cancer : le carcinome et le squirrhe, le cancer colloïde, le sarcome, le cancer mélanique. Mais ce sont-là des faits exceptionnels.

Au point de vue étiologique, le cancer qui a atteint notre malade nous offre peu de particularités à relever. On ne peut guère incriminer quelques petites hémorrhoïdes et, en somme, il n'y a jamais rien eu du côté du rectum. La santé a toujours été excellente; cependant, il y a quinze ans, il s'est rappelé avoir souffert de douleurs rhumatismales et d'une sciatique intense. C'est là la marque de l'arthritisme que l'on retrouve si souvent dans les antécédents des cancéreux.

Les symptômes ont été particulièrement insidieux et, après les hémorrhagies dont je vous ai parlé, il n'a commencé à souffrir qu'il y a six semaines. Cette bénignité apparente est un grand malheur pour les cancéreux. En effet, la tumeur rectale qui évolue habituellement ainsi, ne donnant lieu qu'à un peu de constipation, un peu de gène, quelques hémorrhagies, n'est pas soupçonnée, et on porte le diagnostic d'hémorrhoïdes ainsi que cela était arrivé pour un malade que j'ai opéré à Necker.

Il ne faut jamais négliger le toucher dans tous les cas de maladie du rectum; c'est là une règle absolue qui permettra d'éviter des erreurs essentiellement regrettables.

Le pronostic est évidemment très grave, car le cancer du rectum a une gravité spéciale.

Cependant, chez notre malade, quelques particularités sont favorables. Le

cancer siège surtout aux parties postérieure et latérale gauche, il respecte les parties antérieure et latérale droite et, par suite, le bas-fond de la vessie et la prostate.

Quand le cancer s'étend antérieurement, on doit craindre encore la blessure du péritoine. Le cancer du malade remonte très haut, cela est vrai, mais pas jusqu'au point où l'ouverture de la séreuse est fatale.

Enfin, notre homme est fatigué, anémié; mais, malgré cela, son état général est encore assez satisfaisant. Enfin, ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Quels seront les résultats définitifs de l'opération que nous allons pratiquer?

Il est actuellement impossible de répondre, impossible de savoir si le malade vivra quelque temps ou mourra rapidement.

Dans le cancer de la peau, dans celui de la continuité des membres, on peut interroger les ganglions et voir s'il y a généralisation. C'est ainsi que, pour les tumeurs du rein, on interroge la région axillaire, pour celles de la face et du cou, les régions carotidiennes et sous-maxillaires. Les examens ne donnent pas des résultats absolus, mais, quand ils sont bien faits, ils permettent d'arriver à des probabilités assez bien établies. Pour le cancer du rectum, au contraire, comme pour les autres cancers viscéreux, on ne peut se prononcer à l'avance. La palpation du ventre doit être pratiquée; mais, à moins qu'il n'existe dans la cavité abdominale une tumeur énorme, on ne pourra découvrir l'engorgement de petits ganglions et en particulier de ceux du méso-rectum.

Il est encore un point sur lequel votre attention doit soigneusement se porter lors de cancer de l'intestin, c'est l'état du foie.

Un jeune homme, âgé de 37 ans, que j'ai opéré l'année dernière à Necker et à qui j'ai pratiqué un anus iliaque palliatif, a succombé après quelques mois à une énorme tumeur secondaire du foie.

Il faudra donc examiner, palper l'organe avec le plus grand soin; du reste, lors de résultats négatifs, on ne pourra pas affirmer l'absence de noyaux secondaires.

M. Verneuil, en 1878, a affirmé que beaucoup de malades, opérés de cancer et succombant à une dénutrition rapide, avaient des noyaux secondaires au moment de l'intervention.

Son opinion a d'abord été discutée, mais M. Potain est venu lui prêter l'appui de sa haute compétence et a reconnu que, dans bien des cas, des noyaux secondaires même très volumineux, restaient complètement inaperçus, dans l'intérieur du poumon, par exemple. En fait, on ne connaît pas, au moment de l'opération, l'état de la généralisation; c'est cela qui empêche un pronostic sûr.

Pour le rectum, en particulier, on rencontre parfois dans le méso-rectum un certain nombre de petits ganglions en faisant l'opération. Un malade opéré par moi à Necker, l'année dernière, présentait cette généralisation; il succombait un an après l'opération.

Dernièrement, j'ai aidé un de mes anciens maîtres à extirper un rectum cancéreux. Après l'ablation de l'intestin nous trouvâmes en haut une masse dure qui, attaquée au bistouri, se montra constituée par un ganglion suppuré, analogue à ceux que l'on rencontre après le cancer de la langue et qui ont d'abord dégénéré.

Il est utile, lors du cancer du rectum, même lorsque la production ma-

ligne ne remonte pas trop haut, de faire une section verticale très élevée de la partie postérieure de l'intestin, de manière à pouvoir enlever facilement les ganglions. On a ainsi conseillé l'ablation des ganglions de l'aisselle dans le cancer du sein, des sous-maxillaires dans celui de la langue, et j'ai moi-même insisté sur cette dernière pratique.

Le traitement du cancer du rectum varie un peu, selon les chirurgiens, et on peut distinguer à ce point de vue deux grands courants d'opinion : les uns, surtout les Allemands, extirpent à outrance; les autres, ce sont surtout les praticiens anglais et français, se bornent, dans les cas les plus graves, à des opérations palliatives.

Incontestablement, même maintenant, l'opération étant améliorée et l'antisepsie étant venue nous apporter ses ressources, l'extirpation du rectum est encore grave. Bon nombre de malades succombent aux suites de l'intervention : hémorrhagies, péritonite, septicémie par inflammation diffuse du tissu cellulaire péri-rectal; on doit donc se demander si cette gravité est compensée par les résultats définitifs.

Résumons les principaux résultats acquis sur ce point. Le professeur Richet, ayant revu un de ses malades après quatre ans, l'a trouvé sans récidive. Billroth cite un cas identique observé sur une dame de 58 ans. Volkmann a vu des survies de trois ans, cinq ans, huit ans. D'autres, et il me serait facile de multiplier ces citations, ont vu des malades vivre quatre ans, huit ans, onze ans même, sans réapparition du cancer et un des opérés d'Alph. Guérin était encore indemne après dix ans.

Donc, quelle que soit la gravité trop réelle du cancer du rectum, on peut réunir un certain nombre de faits encourageants.

J'ai, pour ma part, fait deux fois l'opération. Une malade opérée en juin 1883 fut revue par M. Defontaine (du Creuzot) en 1885. Il n'y avait qu'un petit noyau dans la cloison recto-vaginale. Malheureusement, la malade fut perdue de vue, ayant été prise d'accidents cérébraux qui exigèrent son transfert dans un hospice d'aliénés. Ma seconde opération donna, je vous l'ai déjà dit, des résultats beaucoup moins bons par suite de la présence de ganglions atteints dans le méso-rectum.

L'intervention est donc justifiée; étudions-la maintenant dans ses détails. L'opération a été faite pour la première fois en France par Lisfranc. Jusqu'à une époque très rapprochée de nous, ses indications étaient posées de la manière suivante : il faut que l'on puisse, avec le doigt introduit dans l'intestin, et recourbé en crochet, dépasser la partie supérieure de la tumeur; il faut que l'intestin soit mobile; il faut que le bas-fond vésical, la prostate ne soient pas envahis.

Ces règles ont été suivies pendant fort longtemps, et encore, actuellement en France, on n'admet guère l'ouverture du cul-de-sac péritonéal.

L'opération a été pratiquée par le bistouri, ce qui la rend sanglante et meurtrière, par l'écraseur, le thermo-cautère et enfin le galvano-cautère.

Une modification qui peut être avantageuse est la suivante : quand l'orifice anal est intact, on taille un grand lambeau cutané comprenant les sphincters et, après enlèvement de l'intestin, on rabat pour suturer le bout supérieur du sphincter. On évite ainsi l'incontinence des matières qui se voit encore souvent.

Bardenayer n'est pas arrêté par l'ouverture du péritoine. Sur 20 cas, il l'a ouvert 19 fois; il ne craint pas non plus de pénétrer dans la vessie, l'urèthre, d'enlever la cloison chez la femme.

Ce n'est pas tout; on s'est attaqué aux os eux-mêmes pour se faire du jour. C'est ainsi qu'en Allemagne, en 1885, on a préconisé un procédé qui consiste à faire remonter l'incision au niveau de l'incision de la deuxième vertèbre sacrée, à désinsérer le grand fessier et le petit ligament sacro-sciatique et à faire sauter la partie gauche du sacrum. L'auteur a été imité dans son pays.

L'audace chirurgicale a donc été poussée fort loin, et on a enlevé jusqu'à 60 centimètres de l'intestin. De pareilles opérations sont dangereuses et, quand on consulte les statistiques, on voit qu'il y a eu bon nombre d'insuccès. C'est ainsi que Voigt, sur 18 opérations par le procédé de Bardenayer, a eu 6 morts opératoires.

Hildebrand a publié les résultats obtenus dans la clinique de Kœnig et est arrivé au chiffre de 35 p. 100 de mortalité. En Allemagne même ces hardiesses opératoires excessives sont donc rejetées.

Une opération mixte s'est produite. Kœnig propose de combiner les deux opérations. On commencerait par faire un anus iliaque et ensuite on extirperait secondairement le cancer. Cette idée avait déjà été émise en France en 1884; elle est, en théorie, assez séduisante, mais comment fera-t-on accepter au malade deux opérations successives qui lui laisseront une infirmité des plus pénibles?

De toute cette discussion, il ressort les points suivants : malgré la gravité de l'opération, ses résultats définitifs sont assez satisfaisants pour que l'on soit autorisé à la pratiquer; — les chirurgiens les plus prudents n'interviennent que lorsque les organes voisins ne sont pas envahis, lorsque le doigt dépasse la partie supérieure du mal et que le cul-de-sac péritonéal est indemne; — d'autres opérateurs beaucoup plus hardis, en Allemagne surtout, n'ont pas craint d'intéresser le péritoine, la vessie, etc., et même les os, et de pratiquer des extirpations étendues.

En fait, il est difficile actuellement de poser des règles absolument précises. Cependant on peut admettre que, lorsque le cancer est très avancé, lorsque les voies urinaires sont atteintes, le cul-de-sac péritonéal envahi, il vaut mieux se contenter d'une opération palliative et faire la colotomie. D'autre part, la plupart des anciens chirurgiens étaient peut-être un peu pusillanimes, et, dût-on ouvrir le péritoine, l'opération, par cette seule raison, ne serait pas contre-indiquée.

Donc, parmi les malades atteints de cancer du rectum, sont seuls opérables ceux chez lesquels la paroi antérieure n'est pas trop envahie, et qui ont un cul-de-sac péritonéal indemne, la nécessité d'une petite ouverture à la séreuse n'étant pas nécessaire pour refuser le bénéfice d'une intervention qui peut être curative.

Ici, je dois vous faire observer un fait à la fois important et consolant. Le péritoine dans bon nombre de cas se laisse décoller très facilement. Dans deux cas, j'ai pu enlever 11, 12 centimètres de l'intestin en réclinant la séreuse sans l'ouvrir. Esmarch, dans une opération, a pu enlever ainsi 23 centimètres sans intéresser la séreuse. On peut donc tenter d'aller plus haut qu'autrefois et essayer de décoller sans trop redouter une petite blessure fortuite.

Je vais, Messieurs, opérer notre malade par le procédé suivant : Nous le coucherons sur le côté droit, de manière que la fesse gauche soit saillante. Une longue incision sera faite à partir du sphincter et passera sur le côté gauche du coccyx et du sacrum. J'introduirai alors mon doigt dans l'in-

testin et sectionnerai, par le thermo-cautère, la paroi postérieure du rectum. Ceci fait, je passerai des fils sur les bords de la section pour étaler le conduit et avoir le néoplasme complètement sous les yeux. Je pense, après les considérations anatomiques que je vous ai exposées plus haut, qu'il sera possible de ménager la paroi antérieure. Si une petite boutonnière était faite sur le péritoine, on la fermerait immédiatement. L'extirpation terminée, je tâcherai de suturer l'extrémité inférieure de l'intestin à la peau et laisserai la plaie largement ouverte en arrière, une sonde en caoutchouc rouge étant placée dans le rectum. Le foyer opératoire sera tamponné avec la gaze iodoformée.

BIBLIOTHÈQUE

ATLAS UNIVERSEL DE GÉOGRAPHIE MODERNE, ANCIENNE ET DU MOYEN AGE, avec un texte analytique, par VIVIEN DE SAINT-MARTIN, président honoraire de la Société de géographie de Paris, et SCHRADER. — Huitième livraison.

La maison Hachette, qui donne à la science et aux arts tant de produits splendides et utiles, continue avec un soin remarquable la publication du bel atlas dont le titre précède. Une publication de cette nature s'adresse à tout le monde, aujourd'hui que la vaste surface du globe terrestre vient incessamment s'étaler sous nos yeux par les innombrables voyages d'exploration qu'on nous rapporte, et par les immenses tentatives modernes de colonisation, et que, par suite, il n'est personne qui n'éprouve le besoin fréquent de chercher des renseignements géographiques, pour pouvoir comprendre et suivre les récits et les nouvelles.

Pour le corps médical, en particulier, elle offre un vif intérêt. En effet, comment pourrait-on établir les bases de l'hygiène générale et créer une pathologie complète, sans la connaissance approfondie des contrées, des climats, des races, c'est-à-dire sans la lumière qui jaillit des notions géographiques. Le cours de *géographie médicale* si bien fait par notre savant confrère, M. le docteur Bordier, à la Société d'anthropologie, est un vivant témoignage à l'appui de notre pensée.

La huitième livraison contient le commencement de la France en 6 feuilles, au millionième, et les Antilles. Avec la France, les pays limitrophes, toute la partie méridionale de l'Angleterre, la Belgique, Le Luxembourg, une grande partie de la Hollande et de l'Allemagne, ont été représentés avec la même perfection. Pour ce qui concerne les Antilles, les auteurs ont produit non seulement les terres émergées, mais aussi les profondeurs diverses des mers qui les baignent.

Les départements français compris dans cette livraison sont les suivants : *Manche, Calvados, Eure, Seine-Inférieure, Pas-de-Calais, Nord, Ardennes, Somme, Aisne, Meuse, Oise, Marne* et *Seine*; une partie de *Meurthe-et-Moselle*, de *Seine-et-Oise* et de *Seine-et-Marne*.

Le trait à un millionième, qui représente 1 centimètre par 10 kilomètres, a permis d'établir une carte de France à la fois maniable et répondant à tous les besoins de la vie courante. Les auteurs, rompant « avec les formes banales et arrondies qui ne correspondent qu'à des à peu près, ont enfin donné une image vraiment scientifique, un *portrait* du merveilleux relief de notre patrie. » Leur collaborateur, F. Prudent, topographe de grande expérience, « dégagé de tout parti pris, convaincu que les formes du terrain obéissent à des lois chaque jour mieux définies, s'est attaché à reproduire ces formes, avec le degré de simplification nécessité par l'échelle, mais en leur conservant l'expression spéciale qui donne à chaque région une physionomie particulière. »

Relativement à la représentation, dans la première feuille de cette livraison, de la portion méridionale de l'Angleterre, il y a lieu de signaler les relations commerciales si actives entre les deux rives de la Manche, et de plus ce fait plein d'intérêt « des rapports physiques qui font du Boulonais et du Sud-Est de l'Angleterre, de la Cornouailles anglaise et de la Cornouailles bretonne, des pays analogues, à peine séparés par la

faible dépression de la Manche. » Ajoutons que les auteurs ont cru devoir, dans la deuxième feuille, traiter avec la même rigueur scientifique que la France, les pays limitrophes dont ils ont donné le tracé, en particulier la Lorraine et l'Alsace, qu'ils continuent à considérer comme terre française !

Mais quel est au fond le mérite de cette grande publication? les juges les plus compétents ont porté sur elle un jugement incontesté. Si l'on compare les cartes de l'atlas de MM. de Saint-Martin et Schrader avec les planches correspondantes des plus célèbres atlas allemands, on est frappé tout de suite de leur supériorité. On reconnaît qu'elles sont plus sérieusement étudiées, plus soigneusement corrigées, présentant une œuvre de science plus profonde et une œuvre d'art plus claire et plus agréable à l'œil.

Nous sommes donc heureux de recommander à nos confrères français cette belle et utile publication toute française, dont l'exécution est menée de manière à se terminer en même temps que la *Géographie universelle* d'Elisée Reclus, et constituant, avec cette dernière, deux monuments tout à l'honneur de la maison Hachette et bien faits pour flatter l'amour-propre français. — Dr G. RICHELOT père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1888.

Traitement de la rage au Brésil. — M. PASTEUR dit qu'il est chargé par S. M. l'Empereur du Brésil de déposer sur le bureau de l'Académie une suite de douze photographies représentant l'établissement antirabique que l'Empereur a fait construire à Rio-Janeiro sous le nom d'*Institut Pasteur*.

La vue des laboratoires, de leurs annexes, de la salle des inoculations, du chenil, de la lapinerie, du four crématoire pour les animaux, de l'habitation du directeur au milieu d'un beau jardin aux plantes tropicales, ferait envie à beaucoup des savants d'Europe.

Tout ceci témoigne, une fois de plus, de la protection éclairée que Sa Majesté accorde à la science et à ses applications.

Voici la statistique du traitement de la rage dans l'établissement dont il s'agit, depuis le 9 février 1888, jour de sa prise de possession, jusqu'au 2 octobre dernier.

Sur un total de 149 personnes mordues, qui se sont présentées à l'Institut de Rio, 69 seulement ont été retenues au traitement, parce que toutes les autres, pour des raisons diverses, notamment parce que les chiens mordeurs n'étaient pas enragés, n'ont pas eu à subir les inoculations préventives.

Sur les 69 mordues par des chiens reconnus enragés, 1 a succombé à la rage dans le cours du traitement. C'était un enfant gravement mordu au front, qui a été pris de rage le vingt-troisième jour après sa morsure. Le traitement est resté incomplet à cause de la courte durée de l'incubation de la maladie et aussi parce que l'enfant n'a pas été présenté à l'Institut dix fois en vingt-trois jours. Ce cas ne doit pas être compté dans la statistique.

Trois autres enfants, ajoute la statistique envoyée par Sa Majesté, qui avaient reçu des morsures multiples par le même chien, mais ont subi le traitement complet, sont restés bien portants. A la date du 2 octobre dernier, l'accident remontait déjà à cinq mois et demi.

L'Institut antirabique de Rio-Janeiro est dirigé par le docteur Ferreira dos Santos, qui n'est pas resté moins d'une année à étudier à Paris la méthode de prophylaxie de la rage.

Applications de l'électrolyse au traitement des tumeurs, par M. DARIN. — « L'électrolyse a été très souvent employée, avec succès, à la destruction des tumeurs; mais, jusqu'à présent, elle n'a reçu en France que des applications restreintes. Les cas auxquels s'applique ce traitement peuvent se grouper suivant trois catégories distinctes :

1° Les cas où tout autre traitement est inapplicable;

2° Ceux pour lesquels l'électrolyse offre des avantages particuliers sur les nombreux procédés dont dispose la chirurgie ordinaire;

3° Ceux enfin où les sujets refusent de se soumettre à l'instrument tranchant.

M. Darin dit être parvenu à faire disparaître ;

1° Un carcinome très volumineux du sein gauche, chez une femme de 74 ans, pour lequel un chirurgien distingué de l'Hôtel-Dieu conseillait l'abstention;

2° Un squirrhe moins gros du sein droit, compliqué d'un engorgement ganglionnaire de l'aisselle;

3° Un cancer, du volume d'une orange, récidivé dans l'aisselle après deux extirpations du sein correspondant, datant de huit ans, chez une femme de 70 ans extrêmement débilitée (ce cas est encore en cours de traitement);

4° Une tumeur dure (fibrôme ou enchondrôme) voisine du lobule de l'oreille:

5° Une hydrocèle considérable datant de quinze ans;

6° Une hydarthrose du genou datant de dix ans;

7° Un hygroma prérotulien;

8° Une loupe de la joue datant de dix ans;

9° Quelques autres tumeurs moins importantes, telles qu'une excroissance verruqueuse du dos, un milium de la paupière supérieure, etc.

Enfin, comme application curieuse, il cite de très nombreux faits d'épilation galvanique, offrant l'avantage d'une destruction radicale du follicule pileux sans la moindre cicatrice consécutive.

L'effet calmant du courant continu n'est pas moins remarquable, dans toutes les affections douloureuses.

Ces résultats ont été obtenus avec un outillage bien simple, très facile à manier et à l'aide de la pile au chlorure de zinc du système Gaiffe. »

Nouvelle méthode de désinfection des mains du chirurgien, par MM. Jules Roux et H. Reynès. — « Depuis longtemps, de nombreuses expériences de Kummel, de Gœrtner, de Fœrster, etc., ont montré que la méthode employée ordinairement par les chirurgiens, pour se désinfecter les mains, parvient bien à tuer tous les microbes saprophytes ou pathogènes qui se trouvent normalement sur la surface de la main, mais non ceux de l'espace sous-unguéal. Après avoir essayé différents liquides, M. Furbringer (de Berlin) a intercalé un lavage à l'alcool à 80° entre le lavage au savon et le lavage au sublimé. Par l'emploi de l'alcool, l'asepsie de l'espace sous-unguéal est assurée, grâce, semble-t-il, au *mouillage complet* que ce liquide réalise. Il nous a paru intéressant de contrôler ces expériences.

D'abord, après nous être lavé, brossé et nettoyé les mains et les ongles à l'eau chaude et au savon, puis à l'acide phénique à 10 p. 1000, nous avons raclé l'espace sous-unguéal avec un fil de fer court, mince, rugueux, stérilisé et tenu par un manche également stérilisé. Abandonnant ensuite ce fil de fer ainsi chargé, soit en gélatine, soit en agar-agar, nous examinions, quarante-huit heures après, ce qu'avaient produit ces ensemencements. Douze fois nous avons répété cette expérience, et douze fois les colonies se sont développées si nombreuses que la culture se trouvait liquéfiée.

Nous avons ensuite procédé, d'après Furbringer, de la façon suivante :

1° Curage mécanique des ongles à sec;

2° Lavage et brossage au savon et à l'eau aussi chaude que possible pendant une minute au moins;

3° Lavage et brossage à l'alcool à 80° pendant le même temps;

4° Avant l'évaporation totale de l'alcool, lavage et brossage avec les solutions antiseptiques. Nous laissons sécher nos mains à l'air libre.

Au dire de l'auteur allemand, les raclures de l'espace sous-unguéal, ensemencées alors en gélatine, se sont toujours montrées stériles.

Nos résultats ne sont pas aussi favorables que ceux que M. Furbringer reconnaît à sa méthode.

Au point de vue expérimental, ils montrent que, sur 40 ensemencements, l'asepsie a été réalisée 33 fois, c'est-à-dire dans une proportion supérieure à 80 p. 100.

Au point de vue clinique, que, sur 8 séries, l'asepsie complète n'a été réalisée que 4 fois, c'est-à-dire dans 50 pour 100 des lavages.

Bien que de nos expériences il résulte que la méthode de Furbringer ne réalise pas encore la perfection, nous croyons cependant que, vu l'insuffisance de l'ancien procédé, bien démontrée par nous et par d'autres, les chirurgiens se trouveront bien de l'emploi de cette méthode, principalement dans la chirurgie abdominale et gynécologique, étant donné surtout qu'au cours d'une opération l'espace sous-unguéal n'est jamais soumis à un frottement si énergique que le réclament des expériences de laboratoire et a ainsi moins de chances de perdre les germes nuisibles qu'il contient. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Des demandes d'autorisation d'exploitation d'eaux minérales dans l'Ardèche;

2° Une étude sur la lèpre, par M. Puech;

3° Un mémoire accompagné d'un pli cacheté pour le prix Godard;

4° La proposition d'un remède pour le traitement de la diphthérie;

5° Un rapport de M. Lejars sur les hôpitaux d'enfants et les établissements d'enfants assistés à Moscou et à Saint-Pétersbourg;

6° Un mémoire de M. Moura sur la voix de poitrine et la voix de tête.

— M. Laugier lit un mémoire sur la monomanie du suicide. Il relate l'observation d'une femme de 63 ans qui se suicida en se faisant 142 plaies par instrument aigu et tranchant.

— M. Bouloumié expose des procédés pour la construction rapide de brancards et l'usage des voitures d'industrie et de culture pour le transport des blessés.

— M. Cornil présente, au nom de M. Faucher, un tube destiné à laver l'estomac des enfants nouveau-nés devenus athrepsiques; l'entonnoir et le tube sont beaucoup plus petits que pour les adultes. Pour s'en servir, on penche la tête de l'enfant en avant, afin de permettre la sortie des matières qui pourraient refluer dans le pharynx. Les mouvements de succion et de déglutition qu'exécute l'enfant rendent facile l'introduction du tube.

— M. Laborde fait remarquer, à propos de la discussion sur la strophantine, qu'il n'en existe qu'une seule chimiquement pure, celle d'Arnaud. Il tient à ce que cela soit bien établi.

M. Bucquoy insiste sur ce point que c'est Fraser qui, le premier, a préparé la strophantine.

Pour M. Laborde, Fraser, pas plus qu'en France, Hardy, n'ont isolé la vraie strophantine chimiquement définie.

M. Dujardin-Beaumetz, s'appuyant sur ce que viennent de dire les précédents orateurs, tient à affirmer de nouveau qu'il ne faut pas se servir de la strophantine, mais du strophantus. Il ne veut pas diminuer le mérite de M. Arnaud, mais, quand tant de gens trouvent un corps, il vaut mieux ne pas l'employer en thérapeutique.

M. Laborde dit qu'il apportera bientôt des observations de l'emploi de la strophantine d'Arnaud en clinique.

M. Brouardel répond à la communication de M. Magitot, relative à la prophylaxie et à la nature de la nécrose prosphorée. M. Magitot croit qu'à l'aide de visites fré-

quentes et répétées de la bouche des ouvriers on pourrait empêcher les accidents. Ce n'est pas l'opinion de M. Brouardel, qui pense qu'il faudra toujours compter avec la négligence et le peu de soin des ouvriers.

Il y a actuellement un procès pendant entre les ouvriers et l'usine; il convient donc de ne pas émettre d'opinion; M. Magitot, en tout cas, pourrait-il affirmer que des ouvriers renvoyés de l'usine n'ont pas fabriqué clandestinement des allumettes.

La substitution du phosphore rouge au phosphore blanc offre toute sécurité, met à l'abri des accidents et diminue les chances d'incendie.

Cette substitution, a-t-on dit, a été essayée en vain et on a dû la cesser.

Mais l'expérience, en Suisse, n'a duré que treize mois, tandis qu'elle a duré treize ans en Danemark où elle a fourni d'excellents résultats.

Autrefois, l'industrie des allumettes était libre, maintenant elle est monopolisée; autrefois, la fabrication du phosphore rouge faisait l'objet d'un brevet; maintenant, ce brevet est tombé dans le domaine public. Au moment de l'expiration du traité avec la Compagnie, l'Etat sera libre d'imposer l'emploi du phosphore amorphe.

M. Brouardel demande à l'Académie d'adopter des conclusions de Tardieu qui remontent à 1856 et rejettent l'emploi du phosphore blanc.

M. Magitot reconnaît avec M. Brouardel que la substitution du prosphore amorphe s'impose. Mais, jusqu'à présent, ce vœu tant de fois renouvelé est resté stérile. Frappé de ce fait, il s'est demandé si, n'obtenant rien de ce côté, il ne ferait pas mieux de chercher à obtenir la sécurité des ouvriers par d'autres moyens.

Il a visité des usines très insalubres, surtout celle d'Aubervilliers, bien que quelques ateliers soient en progrès et aient une ventilation excellente. Cela prouve que l'on peut réaliser dans les usines la supression des vapeurs phosphorées dans le milieu où vivent les ouvriers.

La mise en paquets, en boîtes, est très dangereuse; il pense que l'on pourrait ventiler par appel forcé d'air au dehors.

A l'heure actuelle, si on examinait les ouvriers, on en trouverait plusieurs atteints du mal chimique; le médecin qui fait la visite ne les élimine pas. L'examen de la bouche du malade est très facile, et il n'est pas besoin pour cela d'être dentiste.

On mentionne bien les hommes qui sont menacés sur un registre spécial, mais on ne les renvoie pas.

Un article du règlement, actuellement en vigueur, est néfaste; c'est celui qui permet à tout ouvrier, qui a subi une opération dans la bouche, de rentrer huit jours plus tard. C'est alors une proie toute offerte à l'empoisonnement.

Donc, puisque pour le moment on n'emploie pas le phosphore inoffensif, il croit avoir trouvé des règles d'hygiène bonnes à appliquer, puisqu'elles préservent les ouvriers dans une grande mesure; et, du reste, ces règles ont été appliquées par lui à Turin.

M. Brouardel répond à M. Magitot qu'il tient à ne pas parler des usines d'Aubervilliers ni de Pantin parce qu'elles soutiennent actuellement un procès.

M. Magitot ne repousse plus la substitution et cela rend l'accord parfait entre eux. Quant aux précautions qu'il soutient, elles seront très difficiles à faire accepter aux ouvriers et il pense qu'il faut être dentiste pour reconnaître la carie pénétrante.

La substitution du phosphore amorphe n'entraînera, comme frais supplémentaires, qu'une somme de 1 franc par kilogramme du produit employé, elle ne troublera donc en rien le commerce. Il convient de l'imposer aux fabricants.

M. Le Fort propose de voter les conclusions de M. Brouardel.

M. Magitot revient encore une fois sur ce fait que, le vœu devant probablement rester platonique, il conviendrait de proposer d'autres précautions.

Pour M. Verneuil, la solution proposée par M. Magitot serait excellente s'il n'y avait pas mieux, mais il y a mieux et c'est la solution radicale qu'il faut adopter.

Quand M. Trélat a écrit sa thèse, il y a trente et un ans, déjà à cette époque on connaissait le phosphore rouge et on discutait les mesures à prendre. Il est partisan

de la substitution radicale et déjà, du reste, on emploie couramment les allumettes au phosphore amorphe.

M. Larrey fait remarquer que, dans l'armée, le phosphore rouge est seul adopté.

M. Brouardel propose de voter la conclusion suivante : l'Académie demande la prohibition absolue du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. (Adopté à l'unanimité.)

M. Teissière (de Lyon) est élu membre associé national.

M. A. Robin lit un rapport sur les eaux minérales.

CORRESPONDANCE

Paris, ce 29 novembre 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans un intérêt confraternel, je m'empresse de vous informer qu'après le vernisseur en meubles est survenue une petite femme brune, habillée de noir, très loquace, qui se propose d'exploiter les salons des médecins.

Elle se présente quelques instants avant l'heure de la consultation, demandant le docteur, et, au bout de quelques minutes d'attente, elle s'en va disant être pressée, et laisse l'adresse du malade (qui est toujours dans le voisinage) que le docteur est prié d'aller voir au plus tôt.

On va à l'adresse indiquée, mais il n'y a pas de malade, et le praticien, en rentrant chez lui, constate la disparition dans son salon d'un objet quelconque. Je vous en parle par expérience, car, aujourd'hui même, j'ai été volé de la sorte.

Agréez, je vous prie, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes compliments les plus distingués.

Dr Vio-Bonato,
79, rue Lafayette.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTE D'UNE TROUSSE DE MÉDECIN APPARTENANT AU IIIe SIÈCLE (1).

5° Spatule à manche fin (fig. 4), terminée à son extrémité par une boule olivaire pouvant remplir l'office d'explorateur et même de petit cautère. Sa longueur totale est de 0m14, son extrémité est arrondie; elle est faite d'un seul morceau de métal. On peut voir des moulures au point de jonction de la spatule et de la partie manuelle.

6° Petit stylet ou poinçon (fig. 5), admirable dans ses proportions. L'extrémité du manche est décorée de petites rondelles disposées avec goût. C'est un seul morceau de métal d'une longueur de 0m14.

7° Deux pinces à griffes et à mors dentés (fig. 6 et 7), taillées d'une seule pièce dans le bronze. Elles étaient sans doute destinées au même emploi, mais elles diffèrent de longueur. Elles pouvaient servir à extraire les esquilles, les corps étrangers, à pénétrer dans les trajets fistuleux, et même à pratiquer des sections.

8° Deux pinces dont une seule est représentée (fig. 8). La première, de 0m14 de long et d'excellente conservation, se compose de deux tiges qui se terminent en pointe et dont l'écartement mesure 0m027. Elle représente assez bien un compas dont les branches s'écartent dès qu'on les abandonne à elles-mêmes. La seconde, semblable à la première, a conservé comme celle-là son élasticité ; mais les branches n'ont qu'un écartement de 0m009. Les extrémités manuelles de ces deux pinces sont aussi d'une exécution remarquable.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

9° Deux pinces à mors plats et à mors dentés, assez semblables entre elles, et très bien conservées (fig. 9).

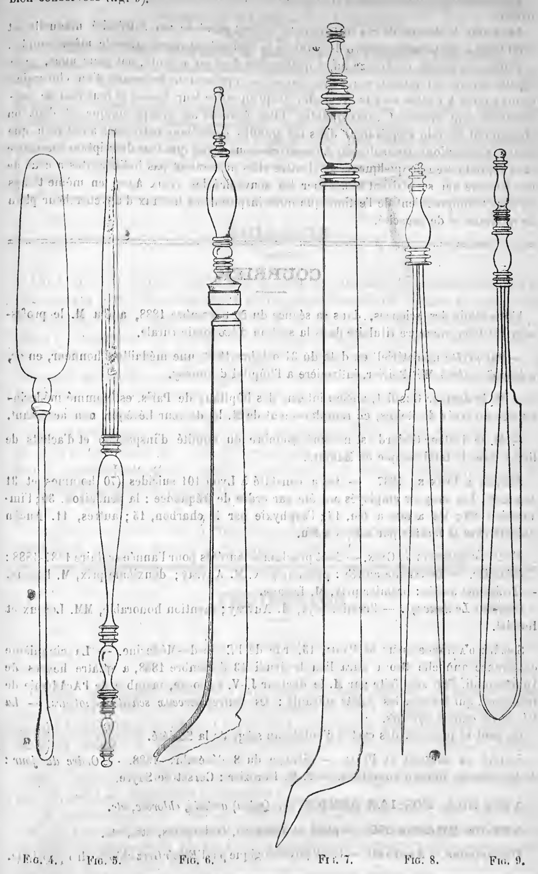


FIG. 4. FIG. 5. FIG. 6. FIG. 7. FIG. 8. FIG. 9.

11° Deux spatules à bords mousses, mesurant 0m06 de longueur, arrondies et à double tranchant, avec un manche hexagonal de même longueur.

12° Un couteau presque identique aux spatules, à extrémité pointue.

13° Une sorte de fourchette faite avec trois fils de bronze tordus l'un sur l'autre, de

façon à constituer un manche à l'extrémité duquel ces trois fils s'écartent et forment trident.

14° Enfin, le dernier de ces instruments, qui est privé de son extrémité manuelle est semblable à l'extrémité olivaire de celui de la figure 4, et devait avoir le même emploi.

Toutes ces pièces, en bronze nu et quelquefois doré ou argenté, ont pour nous, je le répète, un très vif intérêt, parce qu'elles nous représentent le bagage d'un chirurgien ayant exercé à Lutèce vers le IIIe siècle, et qu'en outre leur finesse et leur état de conservation sont vraiment remarquables. Elles forment un groupe unique, et dont on chercherait en vain l'équivalent dans les grandes collections nationales aussi bien que dans les collections particulières. Aussi avons-nous pensé que leur description sommaire et la reproduction de quelques-unes d'entre elles ne seraient pas indifférentes à ceux de nos lecteurs qui se plaisent à évoquer les souvenirs des vieux âges, en même temps qu'elles témoigneraient de l'estime que nous inspirent les travaux d'un chercheur plein de modestie et de sagacité.

COURRIER

L'Académie des sciences, dans sa séance du 26 novembre 1888, a élu M. le professeur Duclaux, membre titulaire dans la section d'économie rurale.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1888, une médaille d'honneur, en or, a été décernée à Mlle Poirier, infirmière à l'hôpital d'Annecy.

— M. le docteur Guelliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé médecin-adjoint au lycée de Reims, en remplacement de M. le docteur Lévêque, non acceptant.

— M. le docteur Godard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Mamers.

Suicides a Lyon en 1887. — On a constaté à Lyon 101 suicides (70 hommes et 31 femmes). Les moyens employés ont été par ordre de fréquence : la pendaison, 30 ; l'immersion, 29 ; les armes à feu, 15 ; l'asphyxie par le charbon, 15 ; autres, 11. Aucun suicide chez la femme par armes à feu.

Ecole de médecine de Caen. — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888 : *Médecine.* — Deuxième année : premier prix, M. Auvray ; deuxième prix, M. Leroux. — Troisième année : premier prix, M. Lesage.

Concours Le Sauvage. — Premier prix, M. Auvray ; mention honorable, MM. Leroux et Rondel.

Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — La cinquième conférence annuelle Broca, aura lieu le jeudi 13 décembre 1888, à quatre heures de l'après-midi. Elle sera faite par M. le docteur J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine, qui traitera les sujets suivants : *les centres nerveux sensitivo-moteurs.* — *Le lobe et les centres olfactifs.*

On peut se procurer des cartes d'entrée au siège de la Société.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 décembre 1888. — *Ordre du jour* : 1. Election du bureau pour 1889. — 2. M. Durozier : Corset de Sayre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

On a lu avec intérêt, dans notre dernier numéro, la communication de M. Pasteur sur l'établissement antirabique construit à Rio-Janeiro, sous les auspices de l'empereur du Brésil, et les bons résultats déjà obtenus dans le traitement de la rage, — et celle de MM. J. Roux et Reynès sur la désinfection des mains des chirurgiens. Mais, avec plusieurs collègues de la presse médicale, nous devons nous étonner que l'Académie ait accueilli avec tant d'empressement un travail où il est parlé de la guérison, par l'électrolyse, de *cancers inopérables et récidivés*. Il existe à l'Académie des sciences une section de médecine et de chirurgie, et il est probable que, si la note en question lui avait été renvoyée, celle-ci n'aurait pas eu les honneurs d'une lecture en séance publique, ni d'une insertion dans les *Comptes rendus* de l'Académie.

— Les conclusions de la communication de M. Magitot à l'Académie de médecine, sur les causes et la prophylaxie de la nécrose phosphorée, ont

FEUILLETON

CAUSERIE

Charlatanisme et Charlatans.

Pendant les vacances dernières a paru dans différents journaux un excellent article qui n'a eu qu'un tort, c'est de paraître au moment où on ne lit guère les journaux. C'est pourquoi aujourd'hui, où tout est rentré dans l'ordre, aussi bien dans notre monde que dans les autres, je veux rappeler l'attention sur cet article, qu'on a intitulé : « *Un Abus.* »

Sous ce titre, dit un de nos confrères, un journal politique du matin publie l'article suivant, que nous approuvons entièrement :

« A Londres, on voit dans les urinoirs une plaquette avec cette inscription : « *Prenez soin de vous rajuster avant de sortir.* » Sans doute, on veut ainsi rafraîchir la mémoire des amateurs de *gin* ou *porter* qui pourraient commettre quelque incongruité choquante pour les yeux des *ladies.*

A Paris, c'est tout autre chose, les vespasiennes semblent indiquer que toute la population est rongée par les plus abominables maladies. On lit des pancartes de ce genre qui garnissent, en guise de tapisserie, les kiosques plus ou moins perfectionnés. *Guérison sans mercure de toutes les maladies vénériennes. Cabinet X... Traitement facile à suivre,*

été discutées et approuvées dans la séance de mardi dernier; mais, comme nous l'avons fait ressortir dans notre dernier *Bulletin*, les mesures hygiéniques, les soins locaux ne sont qu'accessoires, et M. Brouardel ne les croit même pas efficaces, étant donnée la négligence des ouvriers pour leur personne. La visite de la bouche, l'obturation des caries paraissent encore à M. Brouardel inapplicables, à cause des difficultés d'exécution, sans aller cependant jusqu'à déclarer avec notre éminent maître qu' « il n'est pas capable de reconnaître une carie pénétrante ». Rien ne vaut la seule précaution réellement efficace, et qui consiste à substituer le phosphore rouge au phosphore blanc dans la préparation des allumettes chimiques; il faut donc imposer cette obligation aux fabricants, et l'Académie est si bien de cet avis qu'après avoir entendu MM. Le Fort, Verneuil, Trélat et Larrey, qui abondent dans le sens de M. Brouardel, elle a adopté à l'unanimité sa proposition, demandant la prohibition absolue du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Cette unanimité prouvera aux pouvoirs publics, lorsqu'ils s'occuperont de la mise à exécution du vœu formulé par l'Académie, que les médecins ne sont pas en désaccord sur toutes les questions, comme le reprochait à M. Trélat « un homme très haut placé dans la politique »; on ne pourra donc s'appuyer sur un désaccord qui n'existe pas pour renvoyer la proposition de M. Brouardel aux calendes grecques, comme on l'a fait pendant tant d'années pour une proposition analogue de Tardieu.

La solution proposée par M. Brouardel, a dit M. Verneuil, est radicale; celle de M. Magitot est aléatoire; il faut s'en tenir à la première. Le phosphore blanc, a dit M. Trélat, est toxique, dangereux; le phosphore rouge est inoffensif, à tel point qu'on pourrait en avaler presque impunément; donc la substitution du second au premier est désirable. Cela est d'autant plus désirable que c'est possible, et qu'il n'en coûterait que très peu à la Compagnie des allumettes pour mettre à exécution ce vœu qui intéresse à un si haut degré l'hygiène et la santé des ouvriers. Et peut-être cette révo-

---

même en voyage. Ou bien encore : *Le professeur J... Je défie quiconque de guérir aussi radicalement que moi, sans mercure*, toujours, et nous passons l'énumération des horreurs qui s'étalent à tous les yeux.

Est-il digne d'une cité qui se respecte de permettre un affichage aussi immonde? Le Parisien, dès sa jeunesse, est ainsi familiarisé avec les tristes résultats de la débauche; étant encore enfant, sa curiosité est éveillée par des inscriptions malsaines.

Quant à l'étranger qui vient à Paris s'amuser, comme on dit, il doit être singulièrement refroidi en pénétrant dans ces petits endroits, et il doit se dire que les plaisirs de notre capitale ne sont pas sans danger, puisque les médecins spéciaux s'affichent jusque dans les urinoirs.

Mais ce ne sont là que les moindres inconvénients de ces exhibitions thérapeutiques. Si encore les médecins qui ne craignent pas de se faire une réclame nauséabonde, même au milieu des vapeurs ammoniacales, étaient des hommes sérieux, mus par le désir d'être utiles à leurs semblables, et de déraciner dans la population parisienne les maladies vénériennes qui l'éprouvent, on pourrait leur permettre à la rigueur cette triste publicité.

Mais, hélas! il n'en est rien. — La plupart de ces médecins d'urinoir, pour ne pas dire tous, sont des ratés de la médecine, qui exploitent tout bonnement la crédulité publique en empruntant des titres qui ne leur appartiennent pas.

Ils sont toujours *anciens internes des hôpitaux* quand ils ne sont pas *six fois diplômés par les Facultés de France*, ou même *professeurs*. Il en est un qui se fait appeler F... d'A...,

lution dans la fabrication sera-t-elle plus facile à exécuter que des réformes dans l'assainissement des usines et dans les habitudes de travail.

Nous n'ajouterons rien à ce qui a été dit dans notre numéro de jeudi dernier au sujet des communications de M. Laborde sur la strophantine, qui doit revenir prochainement en discussion ; de M. Faucher sur le lavage de l'estomac chez les enfants du premier âge ; de M. Laugier, sur l'autodestruction chez les aliénés ; de M. Bouloumié sur le transport des blessés ; mais nous féliciterons vivement notre excellent ami M. Tessier (de Lyon) de la belle majorité qu'il a obtenue dans son élection de membre associé national.

— La leçon d'ouverture du cours de clinique médicale de M. le professeur G. Sée, qui a été résumée dans un de nos récents numéros, vient de paraître *in extenso* dans le *Bulletin médical.* Nous appelons de nouveau l'attention de nos lecteurs sur cette leçon, qui traite d'un sujet considérable en pathologie générale : la nature microbienne et infectieuse de toutes les endocardites. Les recherches expérimentales et cliniques de ces dernières années, analysées par M. Sée, lui ont démontré : 1° que toute endocardite à forme végétante ou ulcéreuse, même l'endocardite rhumatismale, contient des microbes ; 2° que les microbes rencontrés ne sont pas toujours de la même espèce ; 3° que dans un cas donné on peut trouver associées plusieurs espèces de microbes. Au point de vue pratique, la thérapeutique des endocardites doit donc s'appuyer sur ces nouvelles données ; on ne doit plus traiter ces maladies infectieuses comme de prétendues inflammations simples (l'inflammation simple, elle-même, n'existe plus d'ailleurs), mais comme des maladies générales, et il faut employer les moyens qui mettent l'organisme en état de résister à l'infection.

L.-H. P.

---

et qui à tous ces titres joint celui de *licencié en droit.* En quoi diable l'étude des lois peut-elle servir à ce personnage pour guérir la vérole?

D'où vient que les médecins sérieux ne revendiquent pas leurs droits et ne peuvent pas poursuivre tous ces chevaliers d'industrie pour usurpation de titre? Il faut, à Paris, beaucoup de mérite et de labeur pour conquérir le titre d'*interne*, et il est bien triste de voir ce titre distingué traîné dans la boue, pour ne pas dire autre chose. — Ces professeurs rastaquouères, en s'attribuant des fonctions qu'ils n'ont pas eues, portent un préjudice incontestable aux honorables membres du corps de l'internat des hôpitaux.

Si les médecins ne veulent pas se charger de cette opération malpropre, il nous semble que la préfecture de police devrait faire cette besogne. Il n'est pas besoin d'une longue enquête pour établir que l'affichage dans les urinoirs est immoral et ne sert qu'à exploiter la crédulité publique. La brigade des agents des mœurs n'a pas besoin d'entrer en mouvement. Qu'on fasse seulement surveiller les cabinets médicaux qui recrutent leur clientèle par ces procédés que tout le monde réprouve.

L'homme qui ne rougit pas de devoir sa notoriété à ces affiches ne peut être un honnête médecin.

Nous nous sommes laissé conter par un de nos amis qu'un de ces chevaliers d'industrie, nous devrions dire d'urinoir, était, il y a quelques mois, sous les verrous. Il était condamné à la prison pour vente illégale de médicaments.

Mais il paraît que le métier a du bon. Car, lorsqu'il se présenta au greffe de la prison, il était vêtu avec la dernière élégance : pince-nez à chaînette d'or, etc., et il était

Abcès pyo-stercoral consécutif à un étranglement herniaire opéré. Guérison sans fistule.

Par le docteur VASSEAUX, de Montbéliard.

Mme O..., sans antécédents morbides, est prise, au mois de mars 1887, d'accidents d'étranglement herniaire datant de trois jours; la hernie crurale droite, de la grosseur d'un œuf de poule, remontait à quelques mois et n'avait pas été contenue par un bandage. La kélotomie fut pratiquée, l'intestin couleur lie de vin fut réduit, la cicatrisation suivit une marche régulière et la guérison fut parfaite au bout de quinze jours environ. Depuis l'opération, Mme O... a toujours souffert de coliques parfois très douloureuses et l'empêchant souvent de reposer la nuit.

Au mois d'août dernier, dix-sept mois après les accidents d'étranglement, je suis de nouveau appelé auprès de Mme O... qui n'a pas eu de selles depuis trois jours. La langue est sèche, couverte d'un enduit épais à sa base. Les règles ont fait leur apparition la veille. Le ventre est souple, légèrement endolori à droite avec un peu d'empâtement dans la fosse iliaque du même côté, au niveau de la cicatrice herniaire, habituellement protégée par un bandage depuis l'opération. Le doigt pénètre facilement sous l'arcade de Fallope dans un anneau à large orifice, sans rencontrer trace d'intestin. Le pouls est petit, sans intermittences à 110, la peau sèche, brûlante. Le lendemain et les jours suivants, apparaissent les nausées et les vomissements, d'abord bilieux, puis porracés. La température monte à 40°8, le pouls petit à 120, le facies est grippé, le météorisme considérable et l'empâtement douloureux plus prononcé à droite. Enfin, le cinquième jour, émission de quelques gaz par l'anus; le sixième, selle peu abondante, d'odeur infecte, et, le lendemain, après neuf jours d'interruption du cours des matières, débâcle complète et apparition d'une tumeur au-dessous du pli de l'aine, au niveau de la cicatrice opératoire.

Cette tumeur a pour principaux caractères d'être molle, légèrement fluctuante, réductible avec gargouillement et sonore à la percussion. Après réduction de cette tumeur, qui a toutes les apparences d'une anse intestinale herniée, le bandage est réappliqué; mais, peu à peu, la réduction devient plus difficile jusqu'à l'irréductibilité complète, et le bandage est enlevé. En même temps la peau s'amincit, devient rouge, et après ponction exploratrice, un large débridement est pratiqué pour donner issue à un pus excessivement fétide, mélangé à des gaz et constitué par une boue brunâtre. Le doigt, intro-

---

accompagné par une dame aux cheveux jaunes, couverte de brillants. Cette dame, fort fidèle, du reste, peut-être une des rares clientes satisfaites de ses soins, venait visiter notre prisonnier très exactement. Elle arrivait en équipage somptueux. Les initiales du médecin sur les harnais, le cocher en culotte de peau; attelage absolument correct, comme en ont les demi-mondaines.

N'est-il pas honteux de voir d'aussi tristes personnages vivre dans un lieu pareil? Ils spéculent sur la terreur qu'inspirent les maladies vénériennes, ils répugnent à tout le monde, mais ils finissent, à force d'audace et de malpropreté, par attirer les cerveaux faibles qui croient ainsi trouver la guérison. En somme, ce sont des escrocs, ils extorquent l'argent dans l'espoir d'une guérison souvent chimérique.

Le brave médecin de quartier qui donne ses soins pour deux ou trois francs par visite, ou même gratuitement, qui monte des étages toute la journée, n'a pas d'équipage; il n'a pas de femme aux cheveux jaunis, et il se dit avec tous les honnêtes gens qu'il faut mettre un terme à ce commerce, ou plutôt à ces escroqueries que la préfecture de police ne devrait pas tolérer. »

* * *

Il est encore un autre abus que la police ne devrait pas tolérer, c'est l'usurpation du titre de docteur par des individus dépourvus de tout diplôme français et qui, grâce à un parchemin acquis à prix d'argent d'une pseudo-Faculté de Louvain, d'Iéna ou de Cincinnati, mettent sans vergogne et avec une impunité absolue le titre de docteur

duit dans la cavité de l'abcès, arrive sur l'anneau, mais ne trouve pas d'intestin; les selles continuent à se produire d'une façon régulière. Après lavage de la poche, un drain est introduit dans l'anneau, le tout recouvert d'un pansement iodoformé.

La cicatrisation suit son cours régulier; elle aura pour résultat, ou bien de fermer l'anneau et d'établir des adhérences qui rempliront l'indication de la cure radicale, ou bien de laisser à sa suite une fistule pyo-stercorale, conséquence qui nous paraît la plus probable comme la plus à redouter.

Deux faits importants méritent d'être relevés dans cette observation : l'un a trait au diagnostic, l'autre à l'étiologie.

Diagnostic. — La présence d'une tumeur apparaissant brusquement sous une cicatrice de kélotomie, les caractères communs à la hernie et à l'abcès stercoral, tels que tympanisme, gargouillement à la palpation et surtout à la réduction, nous ont fait conclure tout d'abord à une récidive de hernie. La marche ultérieure de l'abcès nous a permis de rectifier un diagnostic difficile pour ne pas dire impossible, lors de l'apparition de la tumeur au pli de l'aine.

Étiologie. — Au point de vue de l'étiologie, il est plus difficile de préciser l'origine de l'abcès : ou bien il aurait précédé la perforation intestinale, et, dans ce cas, il s'agirait d'un phlegmon iliaque ou d'une pérityphlite, ou bien la perforation de l'intestin aurait été la lésion primitive et l'abcès la conséquence de l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire. Malgré la longue période qui s'est écoulée entre l'opération et l'apparition des premiers accidents, il est permis d'établir une relation de cause à effet entre les accidents d'étranglement herniaire et les symptômes actuels; et cela d'autant mieux que l'intervention opératoire a été tardive et le sphacèle de l'intestin plus à redouter.

Comme conséquences thérapeutiques, la conduite à tenir nous a paru toute tracée : ouvrir largement, déterger la plaie par des lavages antiseptiques et empêcher la stagnation du pus et des matières. Si, par ces moyens, nous n'obtenons pas la fermeture de l'orifice intestinal, nous pourrons peut-être avoir recours soit à la cautérisation des bords au thermo-cautère, soit à la suture.

P. S. — *20 novembre 1888.* — Les suites de l'abcès stercoral ont été des plus favorables à la malade, qui est sortie complètement guérie de l'hôpital après deux mois de traitement. Le pansement a consisté en lavages phéniqués et la cavité a été bourrée de gaze iodoformée. Mme O... se porte bien, ne souffre plus de coliques, n'observe aucune règle

---

devant leur nom. L'année dernière un de ces docteurs *in partibus* fut délégué par le gouvernement français au Congrès de Washington, grâce à ses attaches avec la famille régnante d'alors; un premier arrêté ministériel le désignait comme docteur; sur les réclamations d'un membre éminent du corps médical, le premier arrêté fut rapporté mais la personne n'en fut pas moins déléguée, quoique sans titre de docteur ; cette fois, c'était M. K..., tout court. Mais nous n'en avons pas fini avec ce personnage.

Un de ses collègues, délégué comme lui au même Congrès par le gouvernement, mais investi d'un titre régulier, rédige un compte rendu de sa mission, qui paraît dans le journal de la spécialité. Immédiatement le docteur (?) rédige (ou fait rédiger, car il ne connaît qu'imparfaitement notre langue) un gros livre sur la même mission, ouvrage inspiré évidemment de celui de son collègue. Indigné, celui-ci réclame; l'autre prend peur et écrit à l'auteur du premier compte rendu une lettre, que celui-ci s'empressa de publier, dans laquelle il reconnaissait son plagiat ! Le mot y est en toutes lettres. Une bonne loi ne pourrait-elle donc nous débarrasser de tous ces gens-là, qu'ils s'affichent dans les Rambuteau ou dans d'autres lieux semblables? »

*
* *

J'ai cueilli çà et là, au hasard de mes ciseaux, quelques réclames malhonnêtes que les journaux politiques, qui nous aident pourtant dans notre campagne contre le charlatanisme des Rambuteau, ont le grand tort d'insérer... mais c'est si bien payé !

dans son alimentation et continue à avoir des selles régulières. La cicatrice est très solide et paraît remplir toutes les indications de la cure radicale; cependant, et par excès de prudence, la malade portera encore quelque temps un bandage à large pelote concave.

REVUE DES JOURNAUX

Large fistule vésico-vaginale; insertion du col de l'utérus dans la vessie pour fermer la perte de substance. Grossesse consécutive, par le docteur Thos.-J. Allen (de Shreveport). — Femme de 43 ans ayant 13 enfants; 12 couches normales; la treizième dura trois jours, et on dut retirer l'enfant mort. A la suite, large fistule vésico-vaginale de 2 pouces 1/2 de long et 1 1/2 de large, le grand diamètre situé suivant l'axe du vagin; sa limite supérieure s'étend au delà de l'insertion utéro-vaginale postérieure, et ce qui reste du col utérin fait saillie dans le vagin; impossible de l'attirer en bas, à cause des adhérences inflammatoires. Prenant en considération l'état local, le grand nombre d'accouchements antérieurs, l'approche de la ménopause, on se décida à tenter l'occlusion de la fistule en incisant le col de l'utérus dans la vessie.

L'opération fut pratiquée le 20 mai 1886, deux mois environ après l'accouchement; avivement des bords de la fistule, puis suture métallique d'après le procédé de Gaillard Thomas. Réunion des 8 dixièmes de la fistule; il reste, à environ 1 centimètre 1/2 du méat, une fistulette qui n'admet pas même le plus petit stylet explorateur et, à l'angle supérieur, une fistule qui laisse pénétrer l'extrémité de l'index. Trois ou quatre opérations furent faites sans succès complet; cependant, la malade resta enfin trois semaines sans perdre d'urine et, en l'examinant alors, on ne put trouver de communication entre la fistulette et la vessie ou l'urèthre; quant à l'autre, on parvint à faire passer, par l'urèthre et la vessie, une bougie flexible qui ressortait par le fond du vagin. De temps à autre, jusqu'en juillet 1887, on fit des applications de fer rouge dans les fistules; jusqu'à cette époque, la menstruation fut régulière; puis la malade fut perdue de vue.

Le 7 mars, elle revint voir son chirurgien, qui constata tous les phénomènes d'une grossesse avancée; en effet, depuis le mois de juillet, les règles n'avaient pas paru. Pour faciliter l'accouchement, on se décida à inciser la cicatrice au niveau du bas-fond de la vessie, ce qu'on fit le 8 mars après avoir anesthésié la muqueuse vaginale avec une solu-

---

« La Société de médecine de France a ouvert toutes grandes ses portes au jeune et savant spécialiste pour les yeux, N... : c'est un hommage éclatant et bien mérité qu'elle a rendu à la merveilleuse méthode des verres combinés qui, appliquée aux vues fatiguées, troubles, faibles, affaiblies, louches, etc., donne — sans opérations ni remèdes — les résultats les plus surprenants. On sait que M. N... reçoit, 54, rue X..., Paris. »

Je voudrais bien savoir ce que c'est que la Société de médecine de France, et comme cette Société n'existe pas celui qui a fait imprimer la réclame et celui qui l'a insérée trompent le public! Et dire que Jean Valjean a été condamné aux travaux forcés pour avoir volé un pain!

*
* *

Voici un autre industriel qui monte à cheval sur le Congrès de la tuberculose pour battre sa grosse caisse. Et on dit que les Congrès ne servent à rien!

« Le Congrès de la tuberculose a mis en lumière un fait grave, et lui a donné la haute sanction de la science : il a proclamé le danger du mauvais lait. Il faut donc veiller avec un soin jaloux au lait que l'on se procure; sa provenance doit être connue, la santé des vaches doit être contrôlée à tout instant. Où en trouver de meilleur que celui de mon établissement, où les vaches de choix, primées dans tous les concours, ont une nourriture saine et des étables salubres? Il se vend..... » Ce n'est pas moi qui vous le dirai, car je ne connais qu'un lait exempt de danger : c'est le lait bouilli.

tion de cocaïne, sans grande douleur ni perte de sang. Après cette opération, on put passer facilement trois doigts dans l'ouverture et sentir la tête de l'enfant. Mais il fallut détruire chaque jour les adhérences qui se formaient, la plaie ayant une grande tendance à se réunir, jusqu'au 29 mars, jour de l'accouchement; la tête pénétra dans l'incision, mais la dilatation se fit lentement; on n'eut pas cependant besoin d'intervenir, et l'enfant, en bon état, pesant 8 livres, sortit au bout de six heures.

Le 21 avril, la malade fut examinée une deuxième fois; la fistule s'était rétractée au point de ne plus mesurer qu'un demi-pouce de diamètre. L'auteur n'osa pas proposer une nouvelle opération avant la ménopause. Ce cas démontre, en effet, que la grossesse est possible quand il existe un trajet fistuleux allant du vagin à l'utérus, quelque long, étroit et tortueux que soit ce trajet, et bien que les spermatozoïdes soient obligés de traverser la vessie avant de pénétrer dans l'utérus. (*New-Orleans med. and Surg. Journ.*, juillet 1888, vol. XVII, p. 33.) — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal après une rectification de M. DEHENNE :

Il est un mot du compte rendu que je désire rectifier. Je ne veux pas rouvrir le débat sur la glycosurie et le traitement du diabète, mais, en réponse à M. de Beauvais, le procès-verbal me fait dire : « Evidemment, j'ai exagéré; il s'agit non de la disparition complète du sucre, mais de sa diminution notable, de 60 à 4, par exemple. » Cette phrase laisserait supposer que je ne crois plus comme autrefois à l'action souveraine des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement du diabète, tandis qu'au contraire je suis de plus en plus convaincu de leur efficacité. J'ai simplement voulu dire que, dans la préparation du malade diabétique en vue de l'opération de la cataracte, je me contente d'une diminution notable de la glycosurie, sans vouloir aller jusqu'à la disparition totale, ce qui est absolument suffisant pour assurer le succès de l'opération.

Correspondance imprimée. — Elle comprend, outre les journaux et revues, la troisième livraison de la collection des anciens alchimistes grecs, par M. Berthelot; — une

---

*
* *

La suivante, au moins, est jolie; mais comme c'est tiré de longueur! Ce n'en est pas plus vrai pour cela. C'est intitulé : *Les grands esprits se rencontrent.*

« Un journal de médecine de Londres, dit l'auteur, publie sur le diabète et les personnages célèbres qui en ont été atteints, un article aussi curieux qu'intéressant. Le duc de Richelieu, lord Palmerston, Louis XVIII, Napoléon III, ont été des diabétiques plus ou moins accentués. Les origines de cette singulière maladie, son développement graduel, les ravages qu'elle cause dans l'organisme sont autant de mystérieux phénomènes que la médecine n'a pas encore suffisamment observés. Comment l'homme en arrive-t-il à sécréter du sucre, *à l'instar du vinaigrier de Cochinchine qui transforme l'eau en vinaigre?* C'est ce qu'on ignore. Néanmoins — et c'est là le point essentiel — on est parvenu à guérir radicalement du diabète, parce que cette maladie, de même que les rhumatismes, la sciatique, la goutte, etc., est causée par une altération du sang.

« Le journal de Londres donne à ce sujet le traitement efficace de l'*illustre docteur Mackenzie* (on ne s'attendait guère à voir Mackenzie en cette affaire; mais il faut profiter de son nom pendant qu'il fait du bruit), et ce qui nous a fortement étonnés, c'est que ce traitement est conforme en tous points à celui qu'indique M. Jusdherbe, pharmacien à Carpentras, dans sa brochure si connue et si appréciée. Les personnes qui ont la sciatique, la goutte, le diabète, la jaunisse ou n'importe quelle maladie occasionnée par un vice du sang, feront donc bien d'écrire à M. Jusdherbe pour lui demander sa pré-

brochure de M. le docteur Guiraud : *Des causes de la dépopulation dans la région sud-ouest de la France*, mémoire lu à la dernière session de l'Association française pour l'avancement des sciences (1887); — une circulaire de la Société de médecine pratique, invitant la Société de médecine à se joindre à elle pour étudier, au point de vue de la pratique médicale, les avantages de l'adoption d'une langue internationale. Sont délégués auprès de la Société de médecine pratique, MM. Bouloumié et Collineau.

— M. Bouloumié offre à la Société un exemplaire de la leçon d'ouverture de son cours de thérapeutique hydro-minérale professé à l'Ecole pratique.

— M. Budin communique une observation de *Présentation du siège, tentatives infructueuses de version par manœuvres externes*. (Sera publiée.)

— M. Abadie fait une communication sur l'*origine équine du tétanos*. (Sera publiée.)

M. Bouloumié fait observer, sans vouloir approuver ou improuver l'origine équine du tétanos, que les médecins militaires recommandent de ne pas organiser d'ambulances dans les églises, où la mortalité des blessés par tétanos est toujours plus élevée, toutes choses égales d'ailleurs, que dans les autres ambulances improvisées. Le fait signalé par notre collègue Abadie pour l'église de Beaumont rentre donc dans la règle générale. La cause en a été attribuée au refroidissement nocturne très sensible dans les vastes vaisseaux des églises.

M. Richelot : Il y a dans l'étiologie du tétanos deux points à examiner : 1° sa nature infectieuse; 2° son origine équine.

Il y a beaucoup de faits contraires à l'origine équine; les médecins de marine ont observé le tétanos dans des pays où il n'y a pas de chevaux. Peut-être faudrait-il dire que le cheval est *tétanifère*, mais non *tétanigène*, c'est-à-dire qu'il est apte à transporter les germes, mais non à les produire de toutes pièces. La nature infectieuse paraît démontrée, et il semble que le péritoine soit une voie de prédilection pour l'infection. L'agent virulent paraît aussi être très subtil et très vivace; car, dans les faits signalés par Verneuil, le germe a persisté pendant très longtemps. Je me souviens d'une malade à qui j'avais pratiqué l'hystérectomie, qui guérit de l'opération, mais en gardant une petite fistule urinaire. Six mois après, dans la même salle, le collègue qui m'avait succédé voulut guérir cette fistule par une opération plus complète. Huit jours après, la femme était prise de tétanos. Or, dans cette salle, on n'en avait plus observé depuis six mois. Le germe du

---

cieuse brochure, où elles trouveront le moyen de se guérir promptement et à peu de frais. Cette brochure ne coûte rien. Il suffit de la demander à son auteur par lettre affranchie.... » Suit l'adresse exacte, que je me garderai bien de vous donner, car vous en seriez pour votre argent.

La suite au prochain numéro, car j'en ai encore quelques-unes en réserve.

Simplissime.

Pommades contre la blépharite ciliaire. — Hubert.

1° Oxyde de zinc	} àà	0 gr. 50
Précipité blanc		
Vaseline		10 grammes.

Mêlez.

2° Huile de bouleau	} àà	0 gr. 50
Essence d'eucalyptus		
Vaseline		10 grammes.

Mêlez. — 3 fois par jour, on graisse le bord des paupières, avec gros comme un grain de chènevis de l'une ou de l'autre de ces pommades, dans le cas de blépharite ciliaire.

N. G.

tétanos aurait donc séjourné dans la salle pendant cette longue période, attendant, pour se développer, un terrain favorable.

M. Ant. MARTIN a pu se convaincre, pendant la guerre d'Italie, de l'influence néfaste des églises; son expérience confirme absolument ce qu'a dit M. Bouloumié.

M. E.-R. PERRIN : Si l'origine équine du tétanos était aussi fréquente qu'on tend à l'admettre aujourd'hui, cette affection devrait s'observer presque endémiquement au sein de nos populations rurales chez lesquelles les traumatismes de tout genre sont au moins aussi nombreux que dans les ateliers et usines de nos départements industriels. Les habitations rurales ne sont, en effet, de la part de nos cultivateurs, le plus souvent, l'objet d'aucun souci d'hygiène. Presque partout, les fumiers se trouvent amoncelés devant ou autour de la maison. Les purins qui s'en échappent se répandent de tous côtés. On peut dire réellement que, chez le plus grand nombre de nos petits fermiers ou petits cultivateurs, bêtes et gens vivent au milieu du fumier.

Ajoutons que les domestiques de ferme couchent toujours dans les écuries, au milieu de leurs chevaux, et que c'est là que, *blessés*, malades ou bien portants, ils en respirent les émanations pénétrantes et méphitiques. Or, rien n'a démontré jusqu'à présent, à notre connaissance, que chez l'un d'eux, blessé et traité dans un pareil milieu, sa blessure l'expose plus qu'un autre à mourir du tétanos.

Au début de notre carrière, et dans une pratique rurale de près de huit années, nous n'avons eu l'occasion d'observer que trois cas de tétanos mortels, et encore à la suite de brûlures graves, et jamais pour une blessure autre.

M. DUBUC : Ce n'est pas le professeur Verneuil, c'est un médecin militaire, le docteur Larcher, qui a le premier émis l'hypothèse de l'origine équine du tétanos. Il y aurait un moyen de contrôler cette opinion : Y a-t-il plus de cas de tétanos dans la cavalerie que dans l'infanterie?

M. BUDIN : Je crois que M. Richelot a donné la note vraie : le tétanos est une maladie infectieuse, fréquente, au moins dans certains pays, chez les femmes après l'avortement, et sans qu'il paraisse y avoir origine équine. Comment l'infection peut-elle se propager à longs intervalles, comme M. Richelot en a cité des exemples? Cela est difficile à expliquer. Peut-être, dans certains cas, cette infection est-elle spontanée?

M. RICHELOT : Le mot *spontané* est gros de conséquences; et ce n'est pas le moment de discuter à fond cette question. Je dirai seulement que lorsque, dans une même salle, un cas succède à un autre, puis un troisième, il est naturel de rattacher le deuxième au premier, le troisième au deuxième, même quand il s'est écoulé plusieurs mois de l'un à l'autre.

M. DE RANSE : J'insisterai volontiers sur l'argument de M. Perrin, qui me paraît avoir une grande portée. Il y aurait lieu de comparer les statistiques rurales aux statistiques urbaines.

M. ABADIE : Je suis d'accord avec M. Bouloumié pour reconnaître que le froid peut jouer un certain rôle dans le déterminisme du tétanos. Peut-être, pour produire cette redoutable affection, le concours d'un certain nombre de facteurs est-il nécessaire. Peut-être faut-il que la température du blessé s'abaisse, que le tissu nerveux soit à nu dans sa plaie.

Je constate que la plupart de ceux qui ont observé le tétanos pendant la guerre l'ont également observé dans les églises.

Je répondrai à M. Richelot qu'il n'est plus possible aujourd'hui de nier la nature microbienne et infectieuse de la maladie.

On a essayé de soutenir que la pénétration dans l'économie d'une substance septique était peut-être la cause première et essentielle de tous les accidents. Cette doctrine qui consiste à enlever au microbe sa valeur pathogène pour la rapporter tout entière aux substances toxiques sécrétées par lui ne saurait être acceptée. Les adversaires des théories pastoriennes s'emparent de ces nouvelles découvertes pour faire revivre de vieilles théories humorales et dénier au microbe un rôle prépondérant dans la genèse des mala-

dies. Il est facile pourtant de réduire à néant ces objections. La preuve que les poisons secrétés par les microbes agissent simplement comme toxiques, c'est que, pour en obtenir des effets, il faut les administrer à doses élevées et proportionnelles au poids de l'animal. En un mot, ce sont de véritables poisons qui tuent à doses suffisamment élevées, mais qui tuent sans reproduire la maladie qui leur a donné naissance et les différents tissus ou humeurs de l'animal tué de cette façon n'ont pas de virulence, ne sont plus inoculables et ne peuvent reproduire la maladie première. Tandis que lorsqu'on inocule à un animal le microbe pathogène d'une maladie déterminée, la dose n'a plus guère d'importance, la pullulation et la généralisation s'effectuent, la maladie se reproduit suivant ses phases accoutumées. Les matières morbifiques élaborées jouent, il est vrai, un rôle considérable dans le mécanisme de la mort, mais la virulence des humeurs et des tissus persiste, l'agent virulent, le microbe, restant toujours là, conservant sa vitalité, prêt à se développer et à se multiplier de nouveau, dès qu'il sera porté sur un terrain favorable à son évolution.

Je répondrai à M. Perrin que, si le tétanos n'est pas fréquent à la campagne, c'est peut-être parce que les conditions multiples nécessaires à sa production ne s'y trouvent pas toujours réunies. La pustule maligne, par exemple, qui est sûrement une maladie infectieuse, s'observe plus fréquemment chez les bouchers, les corroyeurs, qui manient les peaux des bêtes et s'écorchent souvent l'épiderme en les maniant, que chez les bergers qui vivent au milieu de troupeaux contaminés, mais sans contact avec eux.

Puisque j'ai parlé de la bactéridie charbonneuse, il ne me semble pas hors de propos de vous rappeler les faits curieux et importants récemment observés en Allemagne.

On vient d'y décrire une maladie spéciale qui n'a été encore constatée que chez les chiffonniers, maladie très grave entraînant la mort en peu de jours et dont la nature était restée très énigmatique.

Or, on a reconnu que ce n'était autre chose que le charbon, mais le charbon gastro-intestinal dû à l'absorption de bactéridies virulentes contenues dans les poussières émanées des chiffons. Si ces faits se confirment, ils démontreront jusqu'à l'évidence qu'une maladie essentiellement infectieuse, le charbon, peut être provoquée par contact direct (pustule maligne) et aussi par l'absorption de spores virulentes contenues dans certaines poussières atmosphériques. Je vous rappellerai encore que lors de la dernière épidémie de choléra, à Paris, les cas les plus nombreux, les plus graves, ont été presque exclusivement constatés dans la rue Sainte-Marguerite, quartier des chiffonniers. Peut-être faut-il invoquer le même mécanisme, absorption de poussières contenant des spores pathogènes.

— Le docteur Trousseau rapporte un cas de *kératite interstitielle* chez une femme atteinte de syphilis acquise et exempte de toute tare héréditaire et de toute diathèse; de plus, nullement cachectique. La lésion cornéenne ne put être attribuée qu'à l'infection; elle guérit par le traitement en même temps que d'autres accidents spécifiques.

Il semble que la kératite de la syphilis acquise dure moins longtemps et cède plus facilement au traitement antispécifique que la kératite de la syphilis héréditaire. La première parcourt rarement toutes les périodes par lesquelles passe la seconde. Elle n'affecte pas ordinairement la forme vasculaire et se complique volontiers d'altérations profondes, spécialement de flocons du corps vitré.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La prévention de la rage en Bavière. — De 1863 à 1876, il y avait chaque année au moins 14 cas de mort d'hommes par la rage, et quelquefois ce chiffre s'était élevé à 23, 29 et même 31. Eh bien ! depuis la mise en vigueur de la loi, il y a eu en sept ans 3 cas (je dis *trois*) de mort par hydrophobie, la population de la Bavière s'élevant à 5 milions 1/2 d'habitants.

Quels sont donc les moyens employés pour obtenir ce magnifique résultat? Notre con-

frère les expose de la manière suivante : Sous peine de mort immédiate, tout chien doit avoir un maître responsable et porter au cou une médaille métallique où se trouvent inscrits l'acquit de la taxe des chiens pour l'année courante et le numéro matricule du chien sur les registres dn district.

MALADIES INFECTIEUSES ; RESPONSABILITÉ DU PROPRIÉTAIRE DE LA MAISON. — Un propriétaire de Londres, William Nimms, a été condamné à payer à un dentiste, M. Taylor, la somme de 2,500 fr. à titre de dommages-intérêts, pour avoir « indirectement causé la mort de la fille de ce dentiste, parce qu'il a été très nettement prouvé que celle-ci avait été empoisonnée par des émanations dues à un drainage défectueux de fosses d'aisances de la maison habitée par le plaignant.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 4 décembre 1888, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, aux sièges des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats pourvues des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Le Comité d'organisation du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique de 1889 vient de procéder à la constitution de son bureau. M. de Quatrefages, membre de l'Institut, a été élu président, et M. Hamy, directeur du Musée ethnographique du Trocadéro, secrétaire général. Dans la même séance, l'ouverture de la session a été fixée aux premiers jours du mois d'août et la liste des correspondants étrangers, appelés à prendre part aux travaux de préparation du Congrès, a été arrêtée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le docteur Legroux, agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau a commencé, le vendredi 7 décembre, à huit heures et demie du soir, dans le petit amphithéâthre, des conférences de pathologie infantile (maladies du tube digestif — maladies de nutrition), et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

En outre, le docteur Legroux fera tous les mercredis, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau (salles Bouvier et Lugol) des conférences cliniques se rapportant aux sujets traités dans ses leçons du vendredi à la Faculté, — visites le matin à neuf heures, consultations les mercredis et samedis.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le choix de la ville qui possédera la nouvelle Ecole de sant militaire ne saurait, pensons-nous, tarder plus de quelques jours. Il viendra, très probablement, au plus prochain Conseil des ministres et sera tranché définitivement par le vote des membres du cabinet.

Après quoi, le décret sera promulgué ; les ordres de service suivront immédiatement, car tout est prêt, croyons-nous ; le nom seul de la ville est en blanc. Cela suffit, semble-t-il, pour qu'on ne donne pas encore comme certain ce qui n'est qu'extrêmement probable.

Ajoutons seulement que le costume des élèves de l'Ecole se rapprochera beaucoup de celui des élèves de l'Ecole polytechnique. (*Bull. méd.*)

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

Quatorzième et quinzième listes

Mme de Coëtlosquet (de Rambervillers)	50 fr.
MM. les docteurs Duprilot (de Chevreuse)	10
— Le Conte (de Landivisiau)	5
— Legendre (de Bonny-sur-Loire)	10
M. le directeur des Eaux de Pougues	20
Anonyme (Le Dorat)	5
— (Paris)	20
MM. les docteurs Liétard, inspecteur des eaux de Plombières	10
— Péan, membre de l'Académie de médecine	40
M. Didelot (d'Haussignémont)	5
Treizième liste	5,652
TOTAL *des quatorzième et quinzième listes*	5,827 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chenevier, conseiller général du Doubs et ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon. Notre confrère, originaire de Metz, n'était âgé que de soixante-deux ans.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le docteur Fourniol est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Fournier est nommé chef de clinique médicale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 10 décembre 1888 à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Election du bureau. — 1. Election du président, des secrétaires annuels, de la commission permanente, etc. — 2. M. Gilles de la Tourette : Dangers des représentations théâtrales de l'hypnotisme. — Nécessité de leur interdiction. — 3. M. Ogier : Sur un rapport de MM. Fager et Duvin à propos d'un empoisonnement par le phosphore. — 4. Communications diverses.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 10 décembre. — *Ordre du jour :* 1. M. Schwartz : Ostéotomie cunéiforme pour redressement d'un cal vicieux de la jambe. — 2. M. Bureau : Accouchement gémellaire, bassin rétréci; forceps et version ; parallèle. — 3. M. Fourier fils (de Compiègne) : Des effets du lavage de l'estomac (travail de candidature). — 4. M. Pennel : Sur un cas de môle hydatiforme.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'antipyrèse dans les maladies infectieuses.

La question de l'antipyrèse dans les maladies infectieuses est une des plus importantes qui puissent se poser actuellement en thérapeutique générale; nous n'avons pas l'intention de la traiter complètement et voulons seulement présenter quelques considérations sur l'état actuel de la question en exposant les idées que vient de développer avec talent le professeur Richard Pott (de Halle-sur-Saale).

Ainsi qu'il le fait d'abord remarquer, le traitement de la fièvre parut longtemps une chose fort simple. La température étant regardée comme donnant la mesure de l'altération du sang, tous les symptômes secondaires de la fièvre : modifications des échanges organiques, troubles de la circulation et de la respiration, symptômes nerveux, furent rattachés à l'hyperthermie. En fait, le trouble des centres régulateurs de la chaleur était regardé comme la cause primitive essentielle de tous les symptômes fébriles.

C'est seulement dans ces dix dernières années que l'on s'est convaincu

FEUILLETON

ADRESSE A MM. LES PHARMACIENS

Après l'absence de l'été, ce qui m'a le plus frappé cette année, c'est le prodigieux succès de la poudre de Pistoïa. Je dis succès de toute manière : au point de vue commercial et au point de vue thérapeutique.

Qu'est-ce que la poudre de Pistoïa? Voilà justement la question à laquelle je prie MM. les pharmaciens de vouloir bien répondre. Quant à moi, ce que je sais se réduit à peu de chose. Pistoïa est une ville de Toscane, au pied de l'Apennin, où, pour ceux qui ne la connaissent que par le sonnet assez malpropre de Monselet, il semblait qu'on y dût fabriquer seulement de la poudre insecticide. Quand je dis malpropre, c'est, eu égard au temps où a été composé ce sonnet, célèbre dans tous les caboulots littéraires. Maintenant, grâce aux échappées voulues de l'école documentaire et aux articles quotidiens d'une certaine presse, dégagée de préjugés, les malpropretés de Monselet prennent rang parmi les modèles d'atticisme.

Donc, à Pistoïa, il existe une communauté religieuse qui prépare une poudre souveraine contre toutes les affections goutteuses. Finement passée au tamis, cette poudre est de couleur jaune-verdâtre, de la nuance que nos grand'mères appelaient : caca-Dauphin. Examinée à la loupe, elle laisse apercevoir quelques petits grains blancs. A la

qu'il fallait, dans la fièvre des maladies infectieuses, admettre une cause commune à l'hyperthermie et aux troubles divers qui l'accompagnent. Il est reconnu actuellement par tous que ces maladies sont occasionnées par la présence, dans le corps humain, de micro-organismes qui troublent le cours normal des échanges nutritifs. Quand l'infection se produit, l'organisme réagit contre elle par les centres caloriques, qui entrent aussitôt en action quand il se produit une influence nocive quelconque. Le trouble de la régulation de la chaleur est donc le premier et le plus sûr des signes de toute fièvre infectieuse.

Il faut faire remarquer immédiatement que l'action de la cause varie selon l'organisme atteint, et que, pour la même maladie infectieuse, deux malades pourront présenter des élévations de température très différentes. C'est ainsi que tandis que, chez des enfants, le thermomètre montera à un degré élevé, il s'élévera peu ou même restera à la normale chez le vieillard et le cachectique. La marche de la fièvre est encore très variable, selon l'espèce de la maladie infectieuse, cyclique ou non, et il nous suffira d'indiquer ce fait.

L'augmentation, ou plutôt la mesure de la température, est le seul symptôme qui nous permette, dans les maladies infectieuses, d'établir avec une approximation grossière la gravité de l'infection.

Au Congrès de Wiesbaden de 1885, Liebermeister avait posé les conclusions suivantes devenues célèbres :

1° Dans un grand nombre des cas de maladies fébriles, l'élévation de la température constitue un danger.

2° Dans ces cas, le médecin doit combattre l'hyperthermie.

Ces conclusions furent alors acceptées sans opposition.

Cependant, dans ces dernières années, il se produisit un certain nombre de faits tendant à faire rejeter ces propositions qui paraissaient d'abord si bien établies.

---

pointe de la langue, la saveur en est un peu chaude, rappelant la sensation que donnent les sels de soude; mais elle devient, à la base de la langue franchement et fortement amère, comme la gentiane.

La maison n'en délivre pas moins d'un kilo à la fois, divisé en 365 paquets. On doit en prendre un tous les matins à jeun (3 grammes environ), délayé dans un grand verre d'eau.

Ce que la maison a dû en vendre me paraît s'élever à un chiffre énorme, car, dans la station où j'exerce et où se rencontrent des malades de tous les pays, j'en ai vu bien peu qui n'en eussent fait usage. Je parle de ceux qui, de près ou de loin se croyaient tributaires de la goutte, et l'on sait que la plupart des rhumatisants sont dans ce cas. Tous l'avaient employée sans consulter leur médecin, cela va sans dire, et ce n'est que, pressés par mes interrogations, qu'ils m'ont fait l'aveu de cette médication secrète. Je dois ajouter que tous affirmaient s'en être trouvés à merveille, de toutes façons. Les goutteux principalement sont unanimes à déclarer que, depuis qu'ils boivent chaque matin leur verre d'eau tenant en suspension la poudre qui la rend aussi désagréable que boueuse, ils n'ont pas ressenti la moindre atteinte de leur mal.

Ce n'est ici, et à cette heure, ni le lieu ni le moment de discuter. Il convient d'abord de savoir, si c'est possible, de quoi est composée cette poudre. Contient-elle de la gentiane seulement? Est-elle additionnée, comme c'est probable, d'un sel alcalin? Y a-t-on ajouté, comme c'est à peu près certain, une proportion déterminée de colchique, ce spécifique qu'on trouve infailliblement dans tous les remèdes, secrets ou non, contre la goutte? C'est à MM. les pharmaciens de nous édifier à ce sujet.

Les adversaires les plus absolus de toute antipyrèse sont Unverricht (1) et Naunyn (2).

On a d'abord insisté sur ce point que, expérimentalement, on n'avait pas encore fourni la preuve de la nécessité qu'il y avait à éviter l'échauffement du sang. D'après les expériences de Naunyn, le surchauffement du corps paraît d'une importance absolument secondaire pour la santé générale. Des lapins enfermés dans des chambres chaudes purent être conservés intacts pendant des semaines avec une température moyenne de 41°5. Ils purent même supporter des élévations au-dessus de 42° et 43°. Dans ce cas, la température doit être atteinte graduellement et il faut donner de l'eau en abondance. Dès que la température atteint 44 à 45°, et souvent plus tôt, les animaux succombent. La mort surviendrait alors par rigidité du cœur et des muscles (Cl. Bernard).

Des hommes même (3) ont pu supporter de hautes élévations passagères sans troubles essentiels.

Quand la température du milieu extérieur atteint un certain degré, celle du sang s'élève, l'appareil de régulation ne pouvant plus remplir son service. La quantité de vapeur d'eau que contient l'air ambiant a une grande importance. L'évaporation, qui est un facteur capital de la régulation, est forte ou faible, suivant l'état hygrométrique de l'atmosphère. C'est ainsi que, comme Weber l'a montré chez des néphrétiques, la chaleur du corps s'élève, dans un bain, à 37°5. L'évaporation de la sueur manquant, le sang s'échauffe fatalement. Le vêtement qui recouvre la peau est encore un facteur très important. La température s'élève rapidement, quand un homme est placé dans une chambre où il y a un air très chaud et très humide. Souvent alors apparaît la dyspnée de chaleur. Contrairement à Hartwich,

(1) *Ueber Fieber* (*Deutsche med. Woch.* 1883). — *Fortsch. d. Med.*, 1883, p. 448. — *Ueber moderne Fieberbehandlang.* — *Corr. Bl. d. all. artzl. Vereins v. Thuringen*, 1888, 8.

(2) *Archiv. f. expr. Path.*, Bd. 18, p. 49. — Menschen, Mang, D. Halle, 1885.

(3) Simakowski : *Zeitschr. für Berl.*, XXI, p. 1. — Koch, *ibid.*, p. 447.

En attendant la réponse que je sollicite de leur habileté et de leur zèle pour la science, qu'il me soit permis, à propos de ce fait (la vogue inconcevable et rapide d'un médicament), de tirer une moralité et d'émettre un vœu.

La moralité qui se dégage de la circonstance actuelle, c'est la démonstration de l'inutilité, à mon sens, de la publicité. Aucune réclame, que je sache, aucune annonce n'a été faite, et voilà un produit dont nul ne connaît ni la composition ni la valeur, qui est adopté immédiatement par le grand public. Je pourrais, à la vérité, me tromper sur ce point, car je ne lis jamais les annonces, et j'ai horreur de la réclame; mais les confrères auprès de qui je me suis renseigné à cet égard m'ont tous dit n'avoir vu nulle part le nom de cette poudre imprimé dans les journaux. Un scrupule me vient à ce moment, à savoir que cela même que j'écris pourrait être considéré par les malins comme une réclame. Le propre du genre, paraît-il, est de prendre tous les déguisements. Eh bien, si c'en est une, elle aura du moins cela de nouveau et de particulier, d'être spontanée et parfaitement gratuite.

Cette réflexion m'amène, par une transition naturelle, au vœu que je tiens à émettre :

Le public est malheureusement trop disposé à croire que les médecins dédaignent de parti pris toute médication ou tout médicament qui ne se produit pas d'abord avec l'estampille officielle. Cette croyance est fausse. Les médecins n'ont d'autre préoccupation ni d'autre intérêt que de guérir, et il faudrait qu'ils fussent fous pour n'en pas accepter les moyens de quelque part qu'ils leur viennent. « Je suis, me disait un jour M. Noël Gueneau de Mussy, je suis assez sceptique pour tout accepter » et je pense que cet état

Naunyn ne croit pas que, dans ces cas, les centres d'innervation du cœur et des vaisseaux soient influencés. La destruction de l'albumine augmente peu.

Cependant, si intéressantes que soient les expériences de Naunyn, elles ne démontrent pas complètement l'innocuité de l'élévation de la température dans les maladies infectieuses (1).

En effet, le fébricitant se trouve dans des conditions tout autres que celles d'un sujet sain dont la température est élevée artificiellement. Tous les appareils de régulation de ce dernier étant intacts, il n'est pas étonnant qu'il puisse lutter. Les parties externes sont souvent plus chaudes que l'intérieur du corps; le pouls et la respiration ne sont pas accélérés chez les animaux lentement surchauffés. Le fébricitant ne se trouve pas en si favorable position. Chez lui, non seulement la température s'élève, mais la régulation de la chaleur est troublée par l'infection causale; de plus, enfin, les parties périphériques sont souvent plus fraîches que les centrales.

Mais Naunyn a fourni d'autres arguments plus cliniques en faveur de l'innocuité de l'élévation de température. La mortalité de chaque maladie infectieuse ne correspond pas toujours à la hauteur de la température. Quand même dans les typhus exanthématique et abdominal, quand même dans la pneumonie, la hauteur de la température donnerait la mesure de la gravité de l'affection et de la grandeur du danger, il y a, dans la fièvre récurrente, des jours où le patient ne court pas plus de risques et où le thermomètre monte à 40 et 42°. D'autre part, dans la fièvre typhoïde, la mort survient souvent avec des phénomènes cérébraux très menaçants, bien que la température soit basse; tandis que, dans d'autres cas à températures élevées, le sensorium reste libre et la maladie se termine favorablement. De même la pneumonie, habituellement si fébrile, évolue chez les vieillards et les cachectiques en élevant en général très peu la température; néanmoins, dans ces cas, le pronostic est presque absolument défavorable.

(1) Voy. Hoffmann : *Vorler. ueber allgemeine Therapie,* 1885, p. 441.

d'esprit est général parmi les membres du corps médical; mais je voudrais, — c'est là mon vœu, — que l'on fît quelques efforts pour que le public en fût persuadé. C'est pour cela que je m'adresse à MM. les pharmaciens. Je leur dis : Voici une poudre, jusqu'à présent mystérieuse, dont on raconte, à tort ou à raison, des effets surprenants et dont le succès paraît grandir en proportion même du silence des Académies et des savants autorisés; dites-nous ce qu'il y a là-dedans, car nous ne pouvons prescrire en aveugles un composé que nous ne connaissons pas. Quand nous serons édifiés, nous ne tarderons pas à l'employer s'il y a lieu; et, dans le cas contraire, nous serons du moins en mesure de démontrer au public qu'il n'a fait que suivre, une fois de plus, son instinct de la merveillosité qui l'a égaré déjà si souvent. S'il ne s'agit là que d'un phénomène de suggestion, nos honorables confrères qui s'occupent d'hypnotisme y verront la confirmation éclatante de leurs doctrines. — M. L.

Prises contre la grippe. — Monin.

Rhubarbe pulv..............................	4 grammes.
Noix vomique pul...........................	2 —
Sulfate de quinine pul.....................	ââ 1 gramme.
Opium brut pulv............................	

Mêlez et divisez en 16 prises. — De une à trois par jour, aux personnes atteintes de la grippe. — N. G.

Enfin, dans certaines fièvres typhoïdes, chacun sait que parfois les malades supportent des températures de 40-41° pendant des semaines sans que, pour cela, la mort soit fatale.

Après avoir affirmé l'innocuité de la température fébrile, les adversaires de l'antipyrèse font un pas de plus. Ils disent : l'évolution de la température dans les maladies infectieuses n'est pas seulement sans danger, mais elle est une réaction nécessaire, directement curative de l'organisme contre les microbes qui l'ont envahi. Voici donc l'ancienne, la vieille notion de l'utilité de la fièvre, de son action curative, purifiante, qui reprendrait du crédit.

On doit être frappé de la régularité avec laquelle l'organisme réagit lors de la pénétration de micro-organismes pathogènes par l'élévation de la température du sang. Il faut presque, dit R. Pott, reconnaître dans ce fait inexpliqué une loi de la nature.

Récemment, V. Hosslin (1) et Fiukler (2) ont développé les raisons qui donnent à penser que la fièvre est un « appareil utile de la nature », une arme de l'organisme contre les ferments et les micro-organismes qui l'infectent. Une forme de réaction si largement répandue, paraissant commune à tous les animaux à sang chaud comme Zuntz (3) le remarque, ne se comprendrait pas si elle ne s'était pas montrée utile pour l'organisme, dans la lutte pour l'existence. Mais, poursuit Zuntz, si le parasite, cause de la maladie fébrile, sort vainqueur de cette lutte, ce qui est souvent le cas, on doit penser que l'organisme étranger a pris le dessus, éveillant chez l'individu atteint les réactions qui sont nécessaires à son développement. Ainsi, dans toute maladie infectieuse, on doit chercher d'abord si la fièvre est une réaction curative de l'organisme, ou si, inversement, elle favorise le développement des parasites infectieux.

Il est certain que la virulence des nombreux micro-organismes est sinon annihilée, au moins affaiblie notablement par de hautes températures. Mais les températures actives ou bien sont plus hautes que celles que l'on observe dans les maladies infectieuses, ou bien doivent agir pendant des semaines. Ainsi, par exemple, la virulence des bacilles du charbon ne s'affaiblit qu'après environ trente jours d'une température constante de 40° C. (Pasteur, Koch, Chauveau.) Les pneumocoques de Friedlander, maintenus pendant sept jours à une température de 38°5 à 41°5, conservent leurs propriétés nuisibles. Les spirochetes de la fièvre récurrente continuent encore leurs mouvements à des températures (60° d'après Litten, — 41°, d'après Kofsky) qui dépassent de beaucoup les plus hautes chaleurs fébriles. Les bacilles tuberculeux eux-mêmes, qui sont très sensibles à la température, supportent la fièvre la plus accentuée, bien que, d'après Koch, leur développement soit entravé par une température de 42° continuée pendant trois semaines. Les poules, dont la chaleur normale est 42°, sont très exposées à la tuberculose.

Il résulterait de cet exposé que, pour la plupart des micro-organismes pathogènes, la meilleure température, c'est-à-dire celle à laquelle ils se développent et s'accoissent le mieux, se trouve exactement dans les limites de la température du sang augmentée par la fièvre. Les faits existants

(1) *Virchows Archiv.*, 1889, p. 95.
(2) *Pfluger's Arch.*, Bd. 29, p. 98.
(3) *Fortsch. d. Med.*, 81, p. 217.

plaident donc contre l'opinion que la chaleur du sang, même élevée, puisse annihiler ou au moins atténuer les produits pathogènes.

Beaucoup plus plausible, quoique encore un peu hypothétique, parait l'explication que Metschnikoff (1) a donné, en s'appuyant sur ses observations, sur l'action des phagocytes. Il appelle ainsi toutes les cellules amyboïdes du tissu conjonctif et du sang à qui échoit un rôle actif dans tous les processus inflammatoires et dans toutes les maladies fébriles. Cet auteur admet, comme un fait certain, qu'il se produit dans les cellules amyboïdes une espèce de digestion des produits pathogènes et autres corps étrangers qui seraient mangés. Les cellules amyboïdes sont très sensibles vis-à-vis des températures. « Il y a une lésion intime entre leur activité et les variations du thermomètre. Les globules blancs du sang chauffés à 45-46° sont rendus plus actifs, d'où il résulte que des températures fébriles doivent exagérer l'activité des phagocytes.

La même chose est démontrée par l'immigration de ces cellules, lors des malades fébriles, dans les muscles et dans le cerveau où sont mangées les parties affaiblies. En outre, il est démontré que, dans beaucoup de ces maladies, il y a augmentation de la quantité des cellules qui renferment des globules rouges du sang. Tout cela conduit à penser que les températures fébriles, dans des maladies infectieuses, facilitent la lutte des phagocytes contre les parasites pathogènes. » La chaleur fébrile ne tuerait donc pas les bactéries directement, mais l'élévation de la température exercerait une action indirecte dirigée sur l'activité des phagocytes.

En transportant les idées de Metschnikoff dans la pratique, il en résulte ceci : comme pendant la fièvre l'activité des phagocytes est augmentée et que ceux-ci ont une action curative dans la lutte contre les produits pathogènes, la suppression de l'état fébrile doit être considérée comme une erreur thérapeutique grave.

Le rôle phagocytaire a été étendu par Metschnikoff aux cellules géantes des tubercules. Cette opinion a été combattue par Weigert (2), qui regarde les phénomènes comme pouvant être interprétés dans le sens d'une dégénérescence du protoplasma entourant les bacilles; il admet de plus que la dégénérescence des bacilles, quand elle est certaine, n'a lieu que sur des bacilles morts sous l'action de facteurs étrangers aux cellules. Nous croyons devoir renvoyer ceux que cette question intéresse à la réponse de Metschnikoff, parue dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (25 novembre 1888).

Quel que soit le résultat de cette dernière discussion, il convient de se demander comment ce qui était autrefois considéré comme dangereux, à savoir les hautes températures, est devenu non seulement innocent, mais curatif. C'est dans nos connaissantes récentes sur l'étiologie des fièvres, qu'il faut chercher l'explication de cette contradiction.

La fièvre est sans conteste la suite de l'infection. Mais cette infection est causée par l'action spécifique de micro-organismes bien déterminés. Il ne reste qu'à établir leur mode d'action. Ou bien les micro-organismes pathogènes sont directement excitateurs de la maladie et de la fièvre, ou bien il faut accorder une certaine importance à leurs propriétés chimiques. Il est de plus vraisemblable qu'ils agissent comme ferments.

(1) *Fortschritte d. Med.*, 1884.

(2) *Fortschritte der Medecin*, n° 21, 1er novembre 1888.

Mais on doit, dit Pott, encore invoquer une autre cause. Le motif principal pour modifier nos opinions sur les dangers de la température fébrile réside, si paradoxal que cela puisse paraître, dans l'action prompte et sûre de nos médicaments antipyrétiques modernes. Pott regarde, en effet, et nous faisons sur ce point toutes nos réserves, l'antipyrine, l'antifébrine, la phénacétine, comme pouvant donner des résultats qui n'ont jamais été obtenus avec les bains froids.

Cependant ces résultats se bornent à abaisser à la normale la température fébrile et à la maintenir presque constamment dans la limite physiologique. On a ainsi obtenu le triomphe de ne pas voir se développer le deuxième accès de fièvre dans la récurrente. Serait-ce là l'idéal de l'antipyrèse?

Malheureusement, des phénomènes toxiques peuvent survenir après l'administration de ces médicaments et prendre parfois un caractère menaçant. Ils sont trop connus pour que nous y insistions.

Si ces accidents, ce qui n'est pas, pouvaient être évités en surveillant et en dosant le médicament, l'action de ce dernier devrait-elle être recherchée? Eh bien, non!

En effet, en écartant les températures fébriles, on n'attaque en aucune façon la maladie elle-même qui continue à évoluer. Cet abaissement de température est si inutile, qu'Alexander (1) a constaté que le nombre des spirochetes augmentait dans la récurrente, après l'abaissement de la température avec l'antipyrine. En fait, les nouveaux antipyrétiques ne sont nullement des spécifiques et ne s'adressent qu'à des symptômes de la maladie.

Nous l'avons dit ici même et ailleurs (2), et nous croyons devoir le répéter : il n'y a qu'une seule médication qui réponde à la fois et à l'élévation de la température et aux autres symptômes graves des maladies infectieuses, c'est l'eau froide appliquée selon la méthode de Brand. L'école de Lyon, en tête de laquelle on doit placer Glénard, Tripier et Bouveret, a montré tout le parti que l'on pourrait tirer de l'emploi judicieux des bains dans le typhus abdominal; nous sommes heureux de voir l'Ecole de Paris, représentée par ses plus jeunes membres (3), se préparer à marcher sur ses traces.

Paul CHÉRON.

Ostéomyélite aiguë du péroné. — Ablation de toute sa diaphyse. — Guérison. — Retour complet des fonctions de la jambe.

(Observation présentée à la Société de médecine de Paris, séance du 27 octobre 1888.)

Par M. POLAILLON,

Chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine,
membre de l'Académie de médecine.

Le nommé Edmond D..., âgé de 16 ans, entre, le 27 mars dernier, à l'hôpital de la Pitié, pour des fistules existant à la partie externe de la jambe gauche.

Son père est mort, à 42 ans, de tuberculose pulmonaire. Sa mère est bien portante. Sur ses sept frères ou sœurs, trois sont morts en bas âge, l'un d'un abcès rétro-pharyngien, les deux autres d'une affection pulmonaire.

---

(1) *Bresl. Zeitschr.*, 1884, nº 11.
(2) *Union médicale*, 1888. — *Gazette des hôpitaux*, 1888, nºs 60 et 66.
(3) Juhel-Renoy, Richard, Du Cazal, Josias.

Lui-même est bien portant. Cependant, il porte à la nuque des cicatrices d'abcès qu'il a eu dans sa première enfance.

Après avoir vécu chez ses parents jusqu'à l'âge de 11 ans, il est devenu garçon de ferme, et était employé à garder les bestiaux dans les champs.

Au mois de mars 1887, sans avoir été soumis à un excès de travail, il éprouva une grande lassitude dans le membre inférieur gauche. Il avait alors 14 ans 1/2.

Au bout d'un mois, le malaise avait augmenté. Un jour, en s'éveillant, il ne peut plus remuer la jambe gauche. Cette jambe se tuméfie dans toute son étendue. La fièvre s'allume. On le soumet au repos, à la diète, et on applique des cataplasmes sur sa jambe. Il reste ainsi plusieurs semaines dans un état comparable à une fièvre typhoïde légère, avec de la constipation au lieu de la diarrhée.

Puis la fièvre disparut, et les forces revinrent un peu. A ce moment, plusieurs abcès s'ouvrirent le long du bord externe de la jambe. Quelques parcelles osseuses sortirent en même temps que le pus.

Malgré cette amélioration, la marche était impossible, et le petit malade gardait le lit presque continuellement.

Cet état durait depuis un an lorsqu'il entra à l'hôpital.

Son état général était assez bon. Ses digestions s'accomplissaient régulièrement. Il ne toussait pas et les poumons étaient sains.

On constate le long du péroné gauche, trois fistules entourées de tissus œdématies, d'une teinte violacée. A la palpation, je trouve que le péroné est tuméfié dans toute l'étendue de sa diaphyse. L'introduction d'un stylet fait reconnaître que l'os est à nu, et qu'il existe plusieurs séquestres.

Le diagnostic était évident : j'avais affaire à une ostéo-myélite du péroné, ayant produit des nécroses partielles.

Le traitement devait consister dans l'ablation de l'os malade.

Le 3 avril, Edmond D... fut endormi par le chloroforme. La bande d'Esmarch fut appliquée sur le membre inférieur.

J'incise sur le bord externe du péroné la peau et les muscles. Je décolle avec précaution le périoste sur la diaphyse de cet os. Puis, à l'aide d'un ciseau, je sépare cette diaphyse de l'extrémité supérieure qui paraît saine. En attirant le péroné en dehors, le tissu osseux se détache facilement de quelques points du périoste qui lui adhéraient encore, et se sépare naturellement de l'épiphyse inférieure ou malléole externe, qui n'a pas été atteinte par l'ostéo-myélite.

Quatre points de suture avec crins de Florence rapprochent les lèvres de l'incision. Drainage. Pansement avec la gaze iodoformée et ouatée.

Le petit opéré n'a eu aucune fièvre.

Les 12, 20 et 30 avril, je renouvelle le pansement avec gaze iodoformée et j'enlève successivement les drains et les points de suture.

Le 4 mai, j'applique par dessus le pansement un appareil plâtré maintenant les jambes et le pied. L'opéré peut alors se lever. Il marche d'abord avec des béquilles, et, au bout de quelques jours, il marche sans soutien.

Le 1er juin, la plaie opératoire est presque complètement cicatrisée.

Le 10 juillet, il sort de l'hôpital pour aller en convalescence à l'asile de Vincennes.

Aujourd'hui, je mets sous les yeux de la Société le péroné enlevé et je présente l'opéré qui est parfaitement guéri.

Le péroné, sauf ses deux épiphyses, a une longueur de 25 centimètres et une largeur qui va jusqu'à près de 3 centimètres. Il est rugueux, irrégulier, perforé en quatre endroits de foramina dans le fond desquels on voit des séquestres. Tout son tissu osseux est vascularisé comme dans les os atteints d'inflammation.

L'opéré, que j'ai déjà présenté à la Société de chirurgie (séance du 24 octobre), est très bien portant. Il exerce la profession de garçon marchand de vins, est debout depuis le matin jusqu'au soir et fait de longues courses sans éprouver une fatigue spéciale dans la jambe gauche. En examinant cette jambe, on constate qu'elle a le même volume que celle du côté opposé. La cicatrice de l'incision opératoire forme une trace blanche sans dépression. En palpant la région péronière, on sent une résistance particulière à la place

du péroné, mais il n'est pas certain que cet os se soit complètement reproduit. Il ne s'est écoulé que sept mois depuis l'opération, et il est probable que l'ossification se complétera plus tard.

La marche est très facile. Le pied a pourtant un peu de tendance à s'incliner en dedans, et l'opéré a remarqué que le bord externe de sa chaussure s'usait très rapidement. Je lui ai conseillé de choisir un état qui l'exposerait à moins de fatigue que celui de garçon marchand de vins, de porter un brodequin lacé remontant un peu haut sur la jambe, et même d'y faire adapter momentanément deux tuteurs latéraux, si la tendance à l'inclinaison en dedans se prononçait davantage.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Pathogénie et traitement de la salpingite et des affections des annexes. — Emploi de l'hystéropexie contre la rétroversion et le prolapsus utérin.

M. Lucas-Championnière prend la parole au sujet de la salpingite et de son traitement. Il y a là une question très importante qui en renferme deux autres relative à la pathogénie et à la médecine opératoire.

La question de pathogénie n'est pas seulement intéressante au point de vue théorique, mais encore au point de vue pratique. Tout d'abord, il s'agit de s'entendre sur la signification du mot de salpingite, qui semble ne désigner pour la plupart des chirurgiens que l'inflammation isolée de la trompe. C'est là une exception. Tantôt, en effet, trompe et ovaire sont atteints simultanément, tantôt ce sont les ovaires seuls, tantôt enfin tous les organes sont indemnes, et il n'y a que des lésions de voisinage.

La théorie ancienne pour expliquer la salpingite est très simple. L'utérus est malade, l'inflammation se propage dans la trompe, et voilà l'affection créée. Guérin soutenait une théorie enfantine d'après laquelle les matières malpropres de l'utérus allaient sur le péritoine. Tout cela est ruiné par ce fait qu'il y a intégrité presque constante de la muqueuse de la trompe au niveau de l'angle utérin.

D'autre part, dans pas mal d'affections dites salpingites, on ne trouve rien dans la trompe; tout cela éloigne l'idée de propagation.

Il y a déjà longtemps qu'à propos de la discussion sur la fièvre puerpérale, M. Lucas-Championnière a prouvé que, dans ces accidents d'apparences si diverses, il fallait faire jouer le plus grand rôle aux lymphatiques. Actuellement, cette explication lui semble encore la meilleure, et il est certain pour lui que les vaisseaux absorbants sont toujours en cause, qu'il s'agisse de puerpéralité ou de blennorrhagie. La théorie est, du reste, adoptée à peu près par tout le monde.

M. Bernutz a confondu le phlegmon péri-utérin et la pelvi-péritonite, bien qu'il n'ait pu s'appuyer que sur une seule autopsie. Les adhérences du paquet d'annexes ne sont pas la même chose que le phlegmon péri-utérin; l'un peut disparaître et l'autre laisser des traces ou persister. Au début, on sent au fond des culs-de-sac une tumeur qui a été décrite sous les noms de phlegmon péri-utérin, cellulite pelvienne, périmétrite, etc. Les tumeurs qui se produisent au niveau des annexes utérins ne se révèlent que beaucoup plus tard. Elles ne sont perceptibles que par le palper abdominal, peuvent se montrer en même temps que les premières tumeurs, mais, le plus souvent, ne leur succèdent qu'après un intervalle notable.

Voilà la pathogénie que l'ont peut invoquer dans ces cas. Au début, il y a, par altération du col, du vagin, inflammation du groupe lymphatique correspondant, cette inflammation se propage aux annexes et alors il y a ovarite ou salpingite secondaires. Il n'est pas rare dans ces cas de trouver une déchirure du col et les annexes pris. Cette origine des accidents, il faut y insister, est très importante pour la médecine opératoire.

L'anatomie pathologique a une grande valeur et prouve que l'angle utérin de la trompe

est toujours sain. Dans une seule de ses autopsies, M. Lucas-Championnière l'a trouvé dilaté.

Les lésions anatomiques peuvent être très variables. Il est des faits où la trompe est saine, d'autres où elle est plus ou moins dilatée ou enflammée, d'autres encore où les voies malades renferment des foyers hématiques ou de petits kystes; cette dernière lésion est très commune quand il y a de grandes douleurs. Il arrive parfois de ne trouver que des adhérences plus ou moins résistantes qu'il suffit de détruire pour faire disparaître les accidents.

De tout cela, il résulte que le diagnostic est difficile. Il l'est tellement que les Allemands croient devoir toujours donner le chloroforme pour le faire. C'est imposer aux malades une souffrance inutile. Simplement en déprimant la paroi abdominale, on peut sentir une tuméfaction sur les côtés de l'utérus; le siège exact de cette tuméfaction importe peu; la seule chose utile, c'est de savoir si oui ou non il y a lieu de faire la laparotomie.

Quand on se sera décidé à opérer, il faudra savoir que, presque toujours, l'opération sera bilatérale, très rarement unilatérale. Sur vingt-six opérations, deux fois seulement M. Lucas-Championnière n'a eu à intervenir que d'un seul côté. Dans quatre cas, il n'a eu qu'à rompre des adhérences. Cette intervention si simple peut donner de très bons résultats. A l'hôpital Tenon, il y a quatre ans, il a reçu dans son service une femme atteinte de phénomènes d'inflammation péri-utérine, se plaignant de douleurs extrêmement vives. A l'ouverture du ventre il trouve un magma d'adhérences très intimes et dut renoncer à découvrir les ovaires. Le ventre fut refermé et, à partir de ce moment, la santé devint parfaite.

Il n'y a eu, sur vingt-cinq opérées, qu'un seul cas de mort que l'on ne put rattacher à la septicémie.

Lawson Tait dit qu'il est indifférent d'opérer au moment des règles; M. Lucas-Championnière préfère attendre que l'époque vienne de passer.

Il n'a jamais ni curé l'utérus, ni fait le drainage et cependant il a une excellente statistique.

— M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. Picqué intitulée : *Rétroflexion irréductible; fixation de l'utérus à la paroi abdominale; guérison.*

La malade, âgée de 32 ans, avait eu des enfants. Depuis quatre ans, elle souffrait de douleurs vives. Au toucher, on trouvait une rétroflexion à angle très aigu et rien aux annexes. M. Picqué tente le redressement à l'aide de l'instrument de M. le professeur Trélat; les progrès furent lents, mais sensibles, le fond de l'utérus restant néanmoins toujours en arrière. Au bout de trois semaines, l'amélioration s'arrêta, et la malade, après une courte absence, revint avec une tuméfaction au niveau de la trompe gauche. On se décida alors à la laparotomie. Des adhérences durent être détruites qui maintenaient l'utérus en arrière, surtout au niveau du cul-de-sac de Douglas.

On extirpa la trompe et l'ovaire gauche, et l'on pratiqua la ventro-fixation. La malade guérit.

L'opération dont il est question a été pratiquée pour la première fois par Kœberlé, en 1869, pour une rétroflexion. En 1886, Olshausen a exposé des cas tirés de sa pratique où elle avait été dirigée contre le prolapsus. Depuis ce temps, beaucoup l'ont pratiquée, et M. Pozzi rapporte en détail l'historique de la question.

Très souvent l'hystéropexie, selon l'expression de M. Trélat, a été pratiquée pour rétroversion; elle ne l'a été que quatre fois contre le prolapsus. Fréquemment, du reste, elle n'est intervenue que d'une façon pour ainsi dire complémentaire, dans le cours d'une laparotomie entreprise dans d'autres intentions.

La technique comprend trois procédés principaux :

1° Kœberlé, Klotz, après avoir enlevé un ou les deux ovaires, fixait le pédicule dans la paroi abdominale. Klotz place un tube de verre comme drain derrière l'utérus; il lui attribue le pouvoir de solliciter les adhérences.

2° Olshausen, Sanger, fixant directement les bords de l'utérus, la suture ne comprend que le péritoine latéral; ce procédé expose plus tard à l'étranglement interne.

3° Léopold, Terrier fixent directement le corps utérin; antérieurement, les fils passent sous le péritoine et peu profondément dans le muscle utérin. On place trois sutures. Ce procédé peut être cause d'accidents dans une grossesse ultérieure. Il n'a pas causé un seul cas de mort.

Quand il s'agit d'une rétroversion, on ne doit tenter l'opération que lorsque la déviation est irréductible à l'aide des pessaires et du raccourcissement des ligaments ronds, qu'elle ne peut être mobilisée sans l'anesthésie et maintenue réduite par l'opération d'Alexander.

On pourra, l'abdomen étant ouvert pour un motif quelconque, fixer l'utérus à la paroi quand il sera reconnu fortement dévié.

Lors du prolapsus, il faut d'abord remarquer que l'opération ne peut rien contre l'abaissement du vagin, non plus que contre l'hypertrophie sus-vaginale du col. Dans ces cas, il faudra toujours tenter l'opération d'Alexander.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 5 décembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international d'anthropologie criminelle :

MM. les docteurs Ball, Bertillon, Blanche, Bordier, Bournet, Brouardel, Collineau, Mathias-Duval, Fauvelle, Falret, Féré, Hervé, Laborde, Lacassagne, Letourneau, Magitot, Magnan, Manouvrier, Mesnet, Motet, Pozzi, Roussel, Topinard et Voisin.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Cuvillier, Georges, Steinmetz, Braun, Froelich, Manceaux, Cultin, Stern, Patte, Weill, Fagot, Kochler et Dreyfus.

Epidémie de suette. — Une épidémie de suette miliaire assez grave sévit depuis quelques semaines entre Buzançais et Villedieu. Elle offre cette double particularité, curieuse à noter, qu'elle a succédé à une épidémie de rougeole et qu'elle a commencé dans les localités même où elle s'était terminée l'an dernier. Elle paraît gagner du côté de Tours. Le nombre des morts est déjà considérable. M. Brouardel a, croyons-nous, envoyé un de ses internes sur les lieux. *(Bull. méd.)*

La rentrée des Facultés de Lille. — La séance solennnelle de rentrée des Facultés a eu lieu mercredi dernier, au théâtre, devant une salle comble. Le parterre était absolument bondé d'étudiants.

Le recteur de la nouvelle Académie de médecine de Lille, M. Couat, a prononcé le discours d'ouverture. En ce qui concerne la Faculté de médecine, il a fait remarquer :

1° Que le budget de cette Faculté, jusqu'ici au compte de la ville, rentrait au budget de l'Etat, et que ses professeurs prenaient rang dans le classement général des professeurs de Faculté ;

2° Que deux de ses professeurs, MM. Wannebroucq et Leloir, ont été élus correspondants de l'Académie de médecine ;

3° Qu'un autre professeur, M. Gaulard, a été élu membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique ;

4° Que la Faculté a délivré dans l'année écoulée 1,046 inscriptions représentant 470 élèves.

— M. le docteur Chervin, directeur de l'institution des Bègues de Paris, commencera, le mercredi 12 décembre, à cinq heures, à l'Ecole pratique (amph. n° 2) ses leçons sur les troubles de parole et les continuera les mercredis à la même heure.

La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE.

Tous ceux qui s'intéressent à l'œuvre de la tuberculose apprendront avec grand [illegible]pe est qu'elle vient de recevoir d'un riche et généreux industriel, M. Jules Lebaudy, et p[illegible] où les tremise de notre excellent confrère le docteur Paquelin, la grosse somme de D[illegible]ernière FRANCS. [illegible] de ne

Si, guidés par leurs médecins, les millionnaires qui ne sont pas très rares su[illegible] faire cet exemple, l'œuvre pourrait dans un avenir prochain mener de front les reche[illegible]es scientifiques et les applications pratiques et pour le grand bien de l'humanité ériger un pendant à l'Institut Pasteur.

La juste reconnaissance due aux donateurs opulents doit s'étendre aux souscripteurs plus modestes, mais non moins dévoués et tout aussi confiants dans l'avenir.

Vingt-quatrième liste.

MM.	Jules Lebaudy	10.000 fr.	»
	Germeau	500	»
	le professeur Grancher	250	»
	le professeur Villemin	100	»
	Leblanc	100	»
	Ville de Limoges	200	»
	— d'Angers	200	»
	— de Saint-Cloud	100	»
	— de Choisy-le-Roi	100	»
	Commune de Taneron	51	»
	— de Saint-Maurice	50	»
	— de Sefra	49	35
	— de Guingamp	25	»
	— de Dreux	20	»
	— de Seignelay	20	»
	— de Romainville	20	»
	— de Feuillade	11	»
	— de Mazé	10	»
	— de Bazeille	7	77
	— de Roche-Vanneau	7	»
	— de Saint-Genes-de-Blayac	5	»

Souscription recueillie par le Crédit foncier.

Communes de Noisiel, 50 fr.; de Penthièvre, 37 fr.; de Saint-Jean-d'Angély, 25 fr.; de Montmagny, 10 fr.; de Bassancourt, 10 fr.; d'Arc-sur-Montenos, 5 fr.; Mme Littaud, 2 fr.; Boulonnois, 1 fr.; Anonyme, 50 c.	140	50
Total	11.966 fr.	62
Montant des listes précédentes	62.690	22
Total général	74.656 fr.	84

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Hystérectomie vaginale,

Par L.-G. Richelot.

La cause principale des difficultés opératoires, et surtout des récidives, c'est l'état presque toujours trop avancé du cancer au moment où nous sommes consultés. J'observe bien certainement huit cas sur dix où la tumeur a tout envahi et ne laisse plus à l'intervention la moindre chance de succès; et cela, très souvent, parce que l'épithéliome a une marche insidieuse, ne fait pas souffrir, et parce que la malade, pendant de longs mois, ne s'est pas doutée de la gravité ou même de l'existence de son mal. N'y a-t-il pas aussi d'autres causes? Question délicate, mais qu'il nous faut aborder franchement, et sur laquelle je compte attirer bientôt l'attention.

Aujourd'hui, je veux mettre en lumière certaines difficultés que présente le diagnostic, alors même que la malade est soumise au plus sérieux examen; difficultés portant non sur la nature, mais sur la diffusion du mal; difficultés qui peuvent servir d'excuse légitime à quelques-uns de nos échecs, mais qui surtout nous invitent à ne jamais laisser passer l'occasion de surpendre la tumeur aussitôt que possible, à ne jamais lui donner le temps de s'aggraver quand nous l'avons reconnue.

Il est souvent difficile de constater la propagation du cancer aux parties voisines; et je ne parle pas des traînées lymphatiques qui forcément nous échappent, je parle d'un envahissement facile à voir, pièce en mains. Il y a cependant des signes qui nous mettent sur la voie et peuvent suffire à nous édifier.

Ainsi, par le toucher vaginal, on sent un utérus peu mobile. Si la fixité de l'organe est due à la brièveté simple des ligaments, les mouvements de latéralité que le doigt peut imprimer au col sont relativement conservés; l'utérus paraît libre, on a bien le sentiment qu'il n'est pas enclavé, on croit même qu'il va descendre, et il faut tirer dessus avec les pinces pour s'assurer du contraire. L'immobilité dont la cause est une propagation cancéreuse, est plus complète que la précédente; et elle s'accompagne d'altérations du museau de tanche, lèvres érodées, effacement des culs-de-sac, etc., qui donnent les meilleures indications sur l'état des parties voisines, et sur lesquelles je reviendrai dans un prochain travail.

Mais quand il s'agit d'un col solide et bien saillant, avec mobilité parfaite, souplesse des culs-de-sac, abaissement facile de l'utérus, comment diagnostiquer la propagation? Tel est le problème qui s'est présenté à moi dans un cas d'épithéliome du corps, dont voici l'histoire abrégée.

Mme B... a 68 ans; elle a depuis deux ans des douleurs vagues dans le ventre et dans les reins, des pertes sanguines peu abondantes et rares, mais surtout un écoulement roussâtre qui a été fétide à plusieurs reprises;

elle est néanmoins d'une bonne santé et paraît plus jeune que son âge. M. le docteur Danlos, médecin des hôpitaux, a posé le diagnostic : épithéliome du corps de l'utérus, et m'adresse la malade le 12 septembre 1887.

Le col est absolument normal. Dans le cul-de-sac postérieur, je trouve une tuméfaction dure, arrondie, grosse comme une petite pomme et faisant corps avec l'utérus; l'organe est très mobile dans l'excavation, le col se déplace dans tous les sens, la tumeur rétro-utérine le suit dans tous ses mouvements, monte et descend, oscille d'un côté à l'autre sous l'impulsion du doigt, et paraît libre de toute adhérence. Le toucher n'éveille aucune douleur, toute la paroi vaginale est saine, le rectum et la vessie fonctionnent parfaitement, la palpation abdominale ne donne pas de résultat.

Après cet examen, l'épithéliome du corps ne me paraît pas suffisamment démontré; la tuméfaction rétro-utérine pourrait être un fibrome de la paroi postérieure; il est indiqué d'explorer la cavité utérine, après dilatation du col.

Mais, avant qu'on ait pu commencer ce traitement préparatoire, Mme B... s'expose à un refroidissement et contracte une pneumonie franche qui occupe le tiers inférieur du poumon droit, avec frisson, crachats rouillés, temp. 38°8, etc. La résolution se fait d'ailleurs sans accidents, et la santé est rétablie dans les premiers jours d'octobre.

La dilatation est faite, à partir du 5 octobre, avec les tiges de laminaire iodoformées. Après l'introduction de la plus fine, se montre un suintement roussâtre abondant; à la seconde, la cavité utérine semble irrégulière, rugueuse, et saigne facilement; après la troisième, l'écoulement sanieux, d'odeur infecte, ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'un épithéliome intra-utérin, et je me décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Non seulement l'extirpation radicale était seule valable en présence d'un cancer du corps, mais celle-ci, on en conviendra, se présentait sous les meilleurs auspices. L'état général était bien conservé, l'état local démontrait, à n'en pas douter, la limitation du mal et l'intégrité des parties voisines, puisque ni le col, ni les culs-de-sac du vagin n'offraient la moindre altération, puisque l'utérus — dont le corps augmenté de volume m'avait donné l'apparence d'une tumeur fibreuse — était très mobile, puisque les organes voisins n'étaient le siège d'aucun trouble qui pût faire penser à des envahissements.

L'opération est faite le 21 octobre, avec l'aide de MM. Hallé, Péraire et Oustaniol. Les premiers temps paraissent donner raison au diagnostic : l'utérus descend très bien, jamais je n'ai vu le museau de tanche venir si facilement à la vulve, et la première incision est faite, pour ainsi dire, à l'extérieur. Alors je commence le décollement de la vessie; mais mon doigt, au lieu de plonger dans un tissu cellulaire peu dense, éprouve d'abord quelque résistance, puis soulève sans grand effort, non pas un feuillet mince comme le péritoine, mais une membrane épaisse doublant un tissu friable, comme on décolle le périoste altéré d'un os en voie de ramollissement tuberculeux. Je comprends que le péritoine est envahi sur la face antérieure de l'utérus. En même temps, mon doigt pénètre dans la paroi de l'organe, tout entière infiltrée, et fait un trou d'où s'échappe une bouillie fétide; ce qui me décide à ne pas ouvrir dès maintenant le cul-de-sac antérieur du péritoine, pour éviter l'inoculation septique.

J'incise en arrière du col, et ici de nouvelles difficultés se présentent :

impossible d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal, qui semble fuir devant mon doigt; mais peu à peu je dénude la paroi postérieure de l'utérus, infiltrée comme l'antérieure, et mon doigt repousse en arrière une couche de tissus indurés qui paraissent oblitérer la cavité de Douglas. Arrivé près du fond de l'organe, je m'arrête, pour ne pas ouvrir immédiatement le péritoine : j'ai alors un utérus entièrement décortiqué sur ses deux faces, et, de chaque côté, un ligament large partiellement dédoublé. Je saisis, à droite et à gauche, la région de l'utérine dans une pince longue et droite, et, mis ainsi à l'abri du sang, je commence à fendre l'utérus au milieu pour le morceler, car le ramollissement de son tissu ne me laisse aucune chance de l'extraire en masse. Après avoir enlevé presque tout le segment inférieur, un coup de ciseau donné sur le corps ouvre en avant le péritoine. J'en profite pour introduire une pince longue qui saisit la corne droite; même manœuvre à gauche; puis, section et ablation des derniers fragments de l'utérus. L'hémostase est complétée par quelques pinces; j'enlève encore, avec la curette, des parcelles friables de la tumeur au devant du rectum, et je laisse une nappe de tissu cancéreux qui remplit le cul-de-sac de Douglas et va se perdre en haut sous le péritoine.

Pour éviter l'inoculation de la séreuse par le liquide sanieux et fétide, je fais, contrairement à mon habitude, une irrigation très douce avec le sublimé, après avoir placé profondément une éponge qui prévient le passage du liquide antiseptique dans l'abdomen. L'éponge retirée, les tampons iodoformés sont placés comme à l'ordinaire.

Ablation des pinces le 23; la température monte une fois à 38°; la malade, encore un peu faible sur ses jambes, nous quitte après la troisième semaine. Elle a eu, depuis l'opération, quelques douleurs pelviennes, des selles difficiles, de la diarrhée, symptômes qui font penser à une compression de l'intestin. Le toucher révèle, au fond du vagin, une plaie transversale peu étendue, mais dont le centre bourgeonne.

En vérité, je ne sais quel signe aurait pu me faire supposer, dans ce cas, l'envahissement si grave que j'ai trouvé au cours de l'opération. Les examens réitérés et attentifs n'ont certes pas manqué, mais tout se réunissait pour nous conduire à l'erreur.

Cette malade comptera parmi les succès opératoires. Elle ne comptera pas parmi les récidives, car le mal ne se reproduit pas, il continue sur place. Comptera-t-elle parmi les succès relatifs que donnent les opérations palliatives? Non, car il sera toujours impossible de dire si l'opération a prolongé sa vie.

Mais cet exemple, tout en démontrant que certains cas défient notre diagnostic, ne doit pas nous faire méconnaître la valeur de l'extirpation de l'utérus dans les épithéliomas du corps. En effet :

1° Le début du cancer aux dépens de la muqueuse utérine est l'indication la plus formelle et la moins discutée de l'hystérectomie vaginale;

2° Quand le tissu morbide est bien limité au corps de l'utérus, la mobilité de l'organe et l'intégrité du col facilitent le manuel opératoire;

3° Le pronostic, au point de vue de la récidive, est meilleur dans cette forme que dans les cancers débutant par le museau de tanche. Une statistique allemande donne une seule récidive sur treize opérations. La raison de ce fait n'est pas difficile à trouver : c'est la paroi du vagin qui s'infiltre le mieux et qui est le siège le plus fréquent des récidives; ordinairement,

les ligaments larges ne sont touchés qu'après les culs-de-sac; aussi les cancers qui poussent tout près de la muqueuse vaginale sont-ils les plus dangereux : avant tout, les cancers végétants de la face externe du col, puis ceux qui naissent dans sa cavité, le rongent et l'effacent. Ceux du corps ont aussi des voies lymphatiques à leur disposition; mais l'infiltration est plus tardive, et la reproduction dans les annexes est plus rare, quand on opère en temps utile.

Conclusion, toujours la même : soupçonner le cancer au moindre signe rationnel, y croire avant qu'il ne soit démontré, ne pas le laisser marcher pour le reconnaître à sa marche, ne pas le faire marcher plus vite en le cautérisant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS LÉGISTES.

Un de nos confrères de province nous demande, à propos des difficultés qui surgissent parfois au sujet des honoraires des médecins dont le ministère est requis par la justice, de lui indiquer « quel sens il faut légalement et médicalement attribuer aux mots : *opération plus difficile que la simple visite*, et de lui fournir une nomenclature de ce que le médecin, agissant au point de vue légal, peut consciencieusement réclamer pour ses honoraires dans ce genre d'opérations ».

Avant de répondre à la question de notre correspondant, rappelons que le tarif des honoraires médicaux en matière criminelle est réglé de la façon suivante par un décret du 18 juin 1811, légèrement modifié par un autre décret du 7 avril 1813 et une ordonnance du 28 novembre 1858 :

1° Pour chaque visite, pansement et rapport, à Paris, 6 francs; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 5 francs; dans les autres villes et communes, 3 francs.

2° Pour les ouvertures de cadavres ou autres opérations plus difficiles que la simple visite, 9, 7 et 5 francs.

Dans la pratique ordinaire, dans la clientèle civile, il est d'usage constant que tout ce qui suppose des connaissances particulières, étrangères à la généralité des médecins, toute qui nécessite l'emploi d'instruments spéciaux, tout ce qui prolonge la durée moyenne de la visite, autorise à réclamer des honoraires plus élevés : cet usage est admis par la justice elle-même qui, en cas de contestation, l'a maintes fois invoqué parmi les considérants des jugements rendus, avec la nature de l'opération, la gravité de la maladie, et autres circonstances inhérentes au malade ou au médecin. C'est ainsi que la simple injection hypodermique, qui pourtant ne peut guère être qualifiée d'opération qui n'est ni longue ni difficile à faire, se paye en sus de la visite; il en est de même pour les examens vaginaux et utérins, ophthalmoscopiques, rhinoscopiques, laryngoscopiques; de même encore pour l'emploi, si simple et si répandu, du thermocautère appliqué sur une surface saignante, sur la poitrine d'un tuberculeux, sur une articulation enflammée, etc. Enfin, le prix d'une visite faite dans le courant de la nuit est invariablement plus élevé que celui d'une visite faite au milieu du jour.

Ce sont évidemment ces principes, parfaitement conformes à l'équité, que les magistrats chargés de vérifier les mémoires de médecine légale devraient prendre pour base de leurs évaluations. Il est déjà suffisamment absurde d'exiger à la fois du médecin une visite, un premier pansement et un rapport, pour une somme qui varie de 3 à 6 francs, et de lui allouer 9 francs au maximum pour une autopsie. Au moins faudrait-il étendre le plus possible le cercle des opérations plus difficiles que la simple visite, et ranger dans cette catégorie toutes les applications d'instruments (à l'exception du stéthoscope, bien entendu), tous les examens spéciaux (l'examen au spéculum comme les autres), toutes les visites enfin qui, par le temps qu'elles ont pris ou le moment de la journée où elles ont été faites, sortent des limites communes. Toutes les fois qu'une ou

plusieurs de ces conditions sont remplies, nous croyons que le médecin est en droit de réclamer un supplément d'honoraires, supplément dont le taux n'est d'ailleurs laissé ni à son appréciation, ni à celle des magistrats; il ne peut alors recevoir que 9, 7 ou 5 francs, suivant l'importance de la population de la ville où il opère.

Briand et Chaudé ont parfaitement raison de dire : « Ce tarif, qui remonte à 1811, est depuis longtemps l'objet des critiques les plus méritées; il est bien évident qu'il n'accorde aux médecins qu'un honoraire en quelque sorte dérisoire. Mais, quelles que soient les modifications qu'on y apporte, on ne peut espérer qu'il alloue jamais au médecin légiste une rémunération suffisante; c'est dans la satisfaction du devoir accompli, et dans la légitime considération qui s'attache au choix dont il a été l'objet, qu'il doit trouver sa récompense. » En attendant que les améliorations nécessaires soient obtenues, et que la nature des visites autorisant une réclamation supplémentaire soit légalement fixée, nous ne pouvons qu'engager nos confrères à établir leurs mémoires d'honoraires conformément aux usages admis dans la contrée qu'ils habitent; car, il faut l'avouer, aucune règle générale ne peut être formulée à cet égard, les magistrats pouvant toujours se retrancher derrière la lettre de la loi, sans que nous puissions les forcer à l'interpréter dans le sens le plus favorable à nos intérêts. *Dura lex, sed lex!*

P. DECAYE.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement antiseptique des maladies de l'appareil respiratoire et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire,

Par M. le docteur DURRANT.

La découverte du bacille de la tuberculose et des microbes de quelques autres affections pulmonaires a opéré une véritable révolution dans les idées admises jusqu'à ce jour sur la nature des affections du poumon et des bronches. Bien que cette révolution date à peine de quelques années, elle a été acceptée du premier coup presque sans contestations, tant elle répondait à un besoin réel; nous n'insisterons donc point ici sur ces principales phases qui sont encore présentes à la mémoire de tous. L'erreur d'hier est devenue la vérité d'aujourd'hui. C'est ainsi que personne ne songe plus à douter que la phthisie ne soit contagieuse, inoculable et d'origine parasitaire, ce qui eût presque semblé monstrueux naguère encore. Pourquoi, par la même raison, ne serait-elle pas curable, puisque nous en connaissons exactement la nature, la cause de l'évolution? Car, à moins de rester stérile, toute révolution en médecine doit avoir pour corollaire un bouleversement en thérapeutique.

Or, si la tuberculose pulmonaire est produite par un organisme microscopique opérant sur les cellules vivantes son travail de destruction, la première idée qui devait venir, et qui vint à l'esprit des chercheurs, fut de trouver un agent ou une série d'agents capables de contrebalancer l'action nocive du bacille. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord : les divergences ne commencent à se produire que lorsqu'il s'agit de savoir si l'on doit attaquer le bacille dans le but de le détruire ou imprégner l'organisme de certaines substances qui le rendent réfractaires aux attaques du microbe. Il n'y a là d'ailleurs autre chose qu'une subtilité de théories; car, quel que soit le principe sur lequel on se base, on aboutit toujours à l'emploi des mêmes médicaments qui sont tous les antiseptiques usités jusqu'à ce jour en chirurgie, auxquels on a adjoint une série d'autres substances choisies parmi les aromatiques et les balsamiques. C'est ce qui constitue le *traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire* et de plusieurs autres affections des voies respiratoires, telles que la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, la coqueluche, etc...., ainsi que les complications pulmonaires d'un certain nombre de maladies parasitaires, telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, etc.....

Cette antisepsie du poumon ne pouvait manquer de séduire au premier abord. Elle constituait une doctrine thérapeutique conforme aux nouvelles théories de la science;

mais, malheureusement, son application pratique devait se heurter du premier coup à une difficulté presque insurmontable. Pour agir efficacement contre la cause connue du mal, il fallait lui opposer des antiseptiques à des doses telles qu'ils pouvaient avoir une action dangereuse sur les cellules de l'organisme. Il est fort probable que l'antisepsie pulmonaire n'aurait jamais atteint l'extension rapide qu'elle a prise depuis quelques mois sans l'idée ingénieuse qu'a eue le docteur Albin Meunier (de Lyon) d'employer des véhicules qui permettent d administrer les médicaments microbicides non seulement sans danger pour l'économie, mais encore à des doses puissantes rapidement et sûrement absorbées. Notre savant confrère a lu, cette année, à l'Académie de médecine de Paris (1) le résultat de ses intéressantes recherches que le monde scientifique connaissait déjà en partie par les articles du *Lyon médical* et des journaux consacrés à la thérapeutique (2).

Cette antisepsie du poumon a déjà fait ses preuves. Bien que de date récente, elle a donné à nos confrères et à nos maîtres qui l'ont expérimentée des résultats qui la rendent digne d'une étude que nous allons esquisser en quelques mots. Nous la dédions aux praticiens, à ceux qui croient que la médecine ne doit avoir d'autre but que de soulager et de guérir, et que la thérapeutique, selon l'heureuse expression de Forget, est vraiment « la pierre philosophale de la médecine ».

Les capsules antiseptiques du docteur Albin Meunier sont à base de phénol, d'eucalyptol, d'iodoforme, de créosote, de menthol, etc... Chaque série renferme ces médicaments, soit seuls, soit combinés entre eux, exemple : phénol iodoformé, eucalyptol phéniqué et iodoformé, etc... On les administre à la dose habituelle de une à trois capsules au milieu de chaque repas.

Ingéré sous cette forme, l'agent antiseptique est rapidement absorbé dans les voies digestives; il se répand dans le torrent circulatoire et est éliminé à la surface des alvéoles pulmonaires. Il ne peut donc manquer, dans ce voyage à travers l'économie, d'agir puissamment contre l'agent infectieux. Telle est la théorie de cet ingénieux traitement des affections respiratoires d'origine parasitaire.

Les essences volatiles, ainsi que le prouvent de nombreuses expériences, ont une remarquable action dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. Leur rôle ne se borne pas à couper court à l'évolution bacillaire : il modifie la nature des sécrétions, diminue les quintes de toux et fait disparaître l'oppression.

Il est un fait qui frappe tout d'abord les malades qui sont soumis au traitement par les essences antiseptiques, c'est la rapidité avec laquelle l'odeur du médicament se répand dans l'haleine, dans l'urine et dans la sueur. Il suffit souvent de quelques minutes pour observer ce phénomène. Il n'est pas de meilleure épreuve que ces capsules imprègnent rapidement l'organisme et saturent pour ainsi dire le malade. C'est précisément cette saturation qui explique l'efficacité de cette méthode et qui rend compte des résultats sérieux, des améliorations constantes et des guérisons nombreuses qu'elle a déjà donnés.

Grâce au choix et à la pureté des essences et des produits employés, ce traitement ne produit ni irritation ni fatigue de l'appareil digestif; on n'observe jamais aucun symptôme d'intolérance. Nous avons donc entre les mains une méthode rigoureusement scientifique d'une action énergique et absolument inoffensive pour le malade; grâce au respect de l'estomac, nous pourrons toujours lui associer les toniques et les reconstituants qui répareront les dégâts de la maladie pendant que les antiseptiques en anéantiront la cause. Sous l'influence de cette médication rationnelle, les malades augmentent de poids, les sueurs nocturnes et la diarrhée disparaissent, pendant que les phénomènes locaux diminuent et que les signes perçus par l'auscultation s'améliorent.

(1) 28 mars 1887.
(2) *Bull. de thérapeutique*, 15 janv. 1887; 30 janvier 1887; 28 fév. 1887.

BIBLIOTHÈQUE

LA GOUTTE. Sa nature et son traitement, par M. le docteur W. EBSTEIN, traduction du docteur E. CHAMBARD, introduction du professeur CHARCOT. — Paris, J. Rothschild, 1887. Grand in-8° de 194 pages, orné de 12 chromolithographies.

Boerhaave, — il y a deux siècles, — déclarait que la bibliographie sur la goutte était si riche que l'on pouvait compter, de son temps, un millier d'auteurs ayant écrit sur la matière. Cela nous paraît bien peu de chose, aujourd'hui que le nombre des publications de tout genre sur la goutte est, on peut le dire, incalculable. Notons, en passant, que Boerhaave, ce grand esprit, croyait à la contagion de la goutte. Il s'appuyait sur ce fait que des femmes de condition élevée étaient deveuues goutteuses après avoir épousé des goutteux. L'argument est médiocre et le fait s'explique tout naturellement par la conformité de la manière de vivre et des habitudes qui s'établit entre époux. Toutefois, nous sommes à un moment où il n'est pas permis de passer dédaigneusement devant le mot contagion. Hier encore on se serait contenté de hausser les épaules. Aujourd'hui, plus d'un hésiterait, tant est grande la préoccupation du microbe, en tout et partout. Eh! oui, c'est comme cela. Qui dit microbe, dit contagiou; et, pour une partie sans cesse croissante du corps médical, qui dit maladie dit microbe. De sorte que toute maladie serait contagieuse. Mais le docteur Ebstein n'en est pas là. Il ne sent pas encore s'évanouir sa confiance en la dernière hypothèse sur la goutte, et, pour lui, la présence de l'acide urique dans le sang a définitivement remplacé la pituite, l'atrabile, le tartare (de Paracelse) et le principe podagreux.

C'est en 1776 que le Suédois Scheele découvrit l'acide urique. C'est en 1787, — il y a juste cent ans, — que Wollaston signala la présence de cet acide dans les concrétions goutteuses. Mais cette constatation ne paraît pas avoir fait alors beaucoup d'impression sur l'esprit des médecins, car nous voyons, trente ans plus tard, Scudamore déclarer (en 1816) que « les concrétions goutteuses sont trop rares et se rencontrent chez un trop petit nombre de sujets, pour que l'on puisse fonder sur elles une théorie et encore moins leur demander la cause dernière de la goutte. Le professeur d'anatomie Henle (à qui est dédié le livre de M. Ebstein) regardait, en 1847, « les dépôts uriques comme accidentels et cherchait l'origine de l'inflammation goutteuse dans une affection nerveuse interne et peut-être centrale ». Ce n'est que l'année suivante que Garrod, dans son ouvrage publié en 1860, prouva que l'urate de soude existe en quantité anormale dans le sang des goutteux. Pour l'observateur anglais, les causes de la goutte résident : 1° dans une diminution du pouvoir excréteur des reins pour l'acide urique, et, par suite, daus une accumulation générale d'acide urique (théorie acceptée par Gairdner et par beaucoup d'autres); 2° dans la diminution de l'alcalescence des humeurs chez les goutteux.

M. Ebstein ne se contente pas de ces propositions. Sans les repousser autrement, il leur reproche d'être impuissantes à expliquer pourquoi les urates se déposent tout d'abord, sous forme cristalline, dans des points bien typiques du cartilage et souvent bien longtemps avant que les reins soient altérés (?). L'on devrait, selon lui, puisque de la diminution du pouvoir excréteur des reins pour l'acide urique résulte une rétention générale de ce produit excrémentitiel, le voir se déposer en beaucoup de points, surtout si la diminution de l'alcalescence des humeurs favorise le dépôt des urates sous forme cristalline. Il trouve, en un mot, que le trait d'union entre la présence de l'acide urique et le processus goutteux reste obscur après les propositions de Garrod. Bien d'autres l'ont trouvé comme lui et ont cherché une théorie nouvelle de la pathogénie de la goutte. C'est ainsi que M. le professeur Charcot constata une formation exagérée d'acide urique, à la suite d'une perturbation fonctionnelle du foie. M. Cantani pensa que l'acide urique naît dans les cartilages eux-mêmes et regarda la dyscrasie urique de la goutte comme la conséquence d'un trouble de nutrition des cartilages articulaires, des ligaments fixés aux os et des tendons. Quant à M. Ebstein, il lui parut « nécessaire de rechercher s'il n'était pas possible de s'approcher des nombreux problèmes que sou-

lève l'étude de la goutte à l'aide de la méthode expérimentale et de recherches anatomo pathologiques ». C'est l'objet du livre que nous signalons au lecteur. Ces recherches portent : 1° sur les altérations typiques des organes dans l'arthritis uratique; 2° sur la goutte des animaux et les expériences qu'il a instituées pour provoquer, chez eux, des dépôts uratiques; 3° sur l'influence de l'acide urique, de ses sels et de quelques composés chimiques analogues sur les tissus et les organes des animaux.

Nous ne pouvons, dans cet article, que résumer très sommairement les résultats auxquels est arrivé l'auteur : « En dehors des dépôts d'urates cristallins, il existe encore une altération qui leur est commune ; c'est la *nécrose des tissus* et des organes au niveau des points où ces dépôts ont leur siège. » Sur la question de savoir quel est le phénomène primitif, si c'est le processus nécrotisant aboutissant à la destruction du tissu, ou le dépôt des urates, l'auteur répond que « les troubles de nutrition des tissus surviennent les premiers, et que le dépôt d'urates cristallins ne vient qu'ensuite ». Il n'a jamais vu les urates cristallins siéger au sein d'un tissu normal.

Relativement aux expériences sur les animaux, l'auteur, après avoir lié les canaux urinifères, chez le coq, ou après une injection sous-cutanée de sels chromiques, a vu se développer des processus nécrotisants et nécrotiques dans divers organes. Là se déposent des sels uriques cristallisés comme dans les foyers goutteux de l'homme.

Enfin, l'auteur a réussi à faire naître des infiltrations caractéristiques dans le tissu de la cornée, chez des lapins, au moyen d'injections pratiquées avec de l'acide urique pur ou combiné avec la soude.

Ces recherches expérimentales ont assurément une grande valeur, et il en sera tenu compte par les physiologistes et les pathogénistes de l'avenir. Mais elles ne résolvent pas, — il s'en faut, — le problème posé. M. Ebstein est le premier à le reconnaître, car il écrit, à la page 151 : « Nous ne pouvons pas définir avec clarté et netteté ce qu'est la goutte. »

Toutefois, si M. Ebstein n'a pas résolu le problème, il semble qu'il en ait fait pressentir la solution. Il est certain que « l'acide urique est un produit normal de l'économie qui, fabriqué et expulsé par les reins d'une manière adéquate, ne détermine jamais, ni sur les points de production, ni dans les organes de l'excrétion, des symptômes présentant un intérêt pratique quelconque pour le pathologiste ».

Il est certain encore que des maladies, comme la leucémie, par exemple, et quelques états morbides, prouvent qu'une production exagérée d'acide urique n'exerce aucune influence sur l'origine de la goutte. Dans ces cas, dans la leucémie principalement, la formation d'acide urique est manifestement accrue (on ne sait pourquoi) et, de plus, elle est persistante. Mais il n'y a pas, dans la leucémie, rétention de l'acide urique, tandis que, dans la goutte, cette rétention existe sans que l'on puisse affirmer que l'acide urique soit alors produit en plus grande quantité.

C'était donc sur les conditions de la rétention de l'acide urique que devait porter la recherche. Là était le nœud de la question, et l'on doit regretter que l'auteur, doué de remarquables facultés d'investigation, n'ait pas fait converger ses efforts sur ce point décisif. Nous nous proposons de reprendre nous-même, dans un travail ultérieur, la discussion de cette très intéressante question.

Il ne nous reste qu'à mentionner le luxe avec lequel a été édité le beau volume dont il s'agit. D'habitude les ouvrages de science sont traités avec plus de sans-façon. Les coquetteries du format, du papier, de la typographie et de l'illustration sont, en général, réservées pour des productions littéraires, quelquefois fort insignifiantes. M. J. Rothschild paraît tenir à honneur de présenter au public des ouvrages sérieux « bien mis ». Nous l'en félicitons vivement. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

De la longévité dans ses rapports avec l'histoire, l'anthropologie et l'hygiène. (A. Corradi. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. CCLXXXI, fasc. 843.) —

L'éminent professeur de Pavie a développé avec un talent magistral ce thème de haute philosophie qui a passionné les meilleurs esprits depuis si longtemps et qui est loin d'être épuisé, malgré tout ce qui a été publié à son sujet. C'est dans la seconde séance générale du VI[e] Congrès international d'hygiène tenu à Vienne, du 26 septembre au 2 octobre 1887, que M. le professeur Corradi a, en français, entretenu nos confrères de ses études sur cette grave question. La statistique a tenu naturellement la place importante ; elle nous a permis de constater qu'en Italie, dans les vingt dernières années, on avait enregistré 8 centenaires par million d'habitants. Sur les 380 individus dépassant leur siècle, 228 étaient dans la 100[e] année, 130 dans la 105[e] et 16 dans la 110[e] année.

Il faut lire avec quels soins, quelle méthode, quels aperçus originaux tous les cas de longévité extraordinaire ont été recueillis et expliqués : le sexe, l'état social, le *modus vivendi*, la fortune, l'aspect extérieur, le poids, le fonctionnement de tous les organes, le caractère, les défauts, les vices, les qualités, l'état spécial du cœur, des poumons, des voies urinaires, tout est analysé, passé au crible et pesé avec une attention méticuleuse. Ce travail se termine par l'étude historique d'un nommé Anastase Mélis (de Galtelli, en Sardaigne), mort à l'âge de 104 ans à l'hôpital Mauricien (de Turin). La vie entière de cet individu est une curieuse étude, et l'autopsie relève de nombreuses particularités organiques non soupçonnées du vivant de cet intéressant centenaire.

Le calomel comme diurétique. (Docteur E. Brugnatelli, assistant à la chaire de matière médicale de Pavie. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. CCLXXXI, p. 38.) — C'est en soupçonnant une affection syphilitique ancienne que M. le professeur Wagner eut l'idée, chez un cardiaque atteint d'anasarque, d'associer le calomel au jalap; deux jours après, il y eut une diurèse abondante qui débarrassa complètement le malade. Quelques semaines après, l'hydropisie étant revenue, le même traitement fut encore suivi et réussit comme la première fois.

Voici comment le médicament fut administré :

Le premier jour, 2 prises de calomel et jalap *ââ* 0,20 centigr.; urine, 700 grammes; le deuxième jour, 4 prises; urine, 5,000 grammes; le troisième jour, 2 prises; urine, 9,500 grammes; le quatrième jour, 2 prises; urine, 8,250 grammes.

M. le docteur Brugnatelli a pu vérifier un grand nombre de fois le pouvoir diurétique du calomel uni au jalap et a obtenu toujours une polyurie très nette; le jalap donné seul ne produisait pas cet effet. C'est ordinairement après le quatrième jour que l'urine devient plus abondante. Lorsque l'on juge que la diurèse est suffisante, on supprime le médicament, dont l'effet dure encore quelque temps tout en diminuant d'intensité progressive. Le docteur Brugnatelli a tenu également à expérimenter, dans les maladies du cœur, les injections de calomel dont M. le professeur Scarenzio se sert journellement dans le traitement des affections syphilitiques; il espère en obtenir les mêmes résultats que par la voie stomacale.

Il semble acquis que l'expérience, faite d'abord par M. le docteur Jendrassik, du calomel associé au jalap comme diurétique, ait une réelle valeur, car les nombreux malades de M. le docteur Brugnatelli ont tous montré l'action puissante de ces substances, et si l'on songe combien est pauvre notre matière médicale en diurétiques énergiques et sûrs, on saura gré au médecin italien d'avoir publié ses observations.

Opération de gastro-entérostomie. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 70.) — M. le professeur Postempski (de Rome) a exécuté une opération de gastro-entérostomie pour un cancer du pylore, d'après la méthode de Wölfler. Les suites furent des plus simples, et le passage des aliments par la nouvelle voie gastro-intestinale s'établit promptement d'une façon satisfaisante. C'est la première opération de ce genre exécutée en Italie.

Ovaroclasie. — C'est le nom nouveau donné par M. le professeur Porro à l'opération qui consiste à détruire le tissu ovarique lorsque sa consistance est telle qu'il empêche l'extirpation de la glande, par exemple, dans la castration. C'est une sorte d'écrasement que l'habile opérateur a exécuté depuis lors un certain nombre de fois avec succès. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 70.)

Calcul urinaire volumineux rendu par l'urèthre. — Considérations sur la lithotritie chez les enfants. (Clinique de Naples : Professeur MORELLI.) — Un enfant de 8 ans est conduit à l'hôpital Melorio (de Santa-Maria Capua Vetere) pour une rétention d'urine des plus graves. La vessie dépassait l'ombilic de deux travers de doigt; les parties génitales externes étaient œdématiées et cyanosées, la température à 36°. Le cathéter se heurtait à un calcul dans la fosse naviculaire et ne pouvait aller au delà. Il fallut élargir au bistouri le méat; puis, au moyen d'une petite curette, on put extraire le corps étranger, qui parut brisé, et laissa supposer qu'une autre portion se trouvait plus profondément. En effet, on sentait le deuxième calcul à la partie prostato-membraneuse de l'urèthre, et par des manœuvres digitales d'arrière en avant, on finit par l'amener jusqu'au milieu de l'urèthre, où la curette put enfin parvenir à l'extraire. C'était un volumineux calcul de 0,028 milligr. de long et de large tout à fait en disproportion avec l'état des parties et l'âge du sujet. La vessie se vida aussitôt de son contenu, des toniques furent donnés pendant quelques jours à l'enfant, qui se rétablit très vite et quitta, guéri, l'hôpital.

M. le professeur Morelli termine cette observation en montrant les avantages de la lithotritie sur les autres méthodes de traitement des calculs chez les jeunes enfants.

Dr MILLOT-CARPENTIER (de Vic-sur-Aisne).

FORMULAIRE

SIROPS D'HYPNONE. — Lailler.

1° Hypnone, 20 gouttes ou 0 gr. 50 centigr.; alcool, 20 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleur d'oranger, 275 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 4 gouttes d'hypnone.

2° Hypnone, 40 gouttes ou 1 gramme; alcool, 40 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 255 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 8 gouttes d'hypnone.

3° Hypnone, 80 gouttes ou 2 grammes; alcool, 40 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleur d'oranger, 255 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 16 gouttes d'hypnone. — Si l'on ne veut prescrire que 4 gouttes d'hypnone, on a recours à la formule n° 1. Si l'on veut prescrire de 4 à 8 gouttes, on se sert de la formule n° 2. Enfin on a recours au n° 3, lorsque la dose d'hypnone dépasse 8 gouttes. — La quantité de sirop prescrite est versée dans une fiole de 150 grammes, que l'on remplit d'eau. — L'hypnone conseillée aux aliénés réussit à leur procurer du calme et du sommeil. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CONTAGION DU CANCER? — Le docteur Hooper May rapporte dans le *Lancet* du 5 novembre un cas fort intéressant. En 1883, il perdait une de ses clientes. Cette femme, âgée de 53 ans, mourait d'un cancer utérin. Trois ans après, en 1886, le mari de cette femme avait un cancer du pénis. L'amputation de la verge qui fut aussitôt pratiquée ne sauva pas le malade. Il vient de succomber il y a peu de temps.

LA FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune a fait de grands ravages cette année :

A la Havane, dans la seule ville de ce nom, 328 personnes ont succombé pendant le trimestre de mai à juillet. A l'hôpital militaire, on a compté 199 décès dans ce même espace de temps, et 50 dans les quatre hôpitaux civils.

Il y a, à la Havane, une population moyenne de 250,000 âmes, composée comme il suit : 50,000 Espagnols européens; 3,000 Européens et Américains (non espagnols); 111,000 Espagnols cubains; 80,000 hommes de couleur et 7,000 Chinois. Les trois derniers groupes, sauf exception rare, échappent à la contagion; la fièvre jaune les respecte;

La maladie atteint surtout les étrangers non espagnols de race blanche, et cela surtout pendant les trois premières années de leur séjour. Après ce délai, l'acclimatement est obtenu.

Le chiffre total des décès pendant le même trimestre s'est élevé à 2,106.

(*Verœffentlichungen des k. Gesundheitsamts*, 15 nov.)

— Le *Boston med. and surgery Journal* annonce de même que la fièvre jaune a fait son apparition à Colon, en Bolivie et au Guatemala.

La variole a Milan. — La variole sévit avec violence à Milan; nombre de malheureux transportés dans les hôpitaux étaient atteints de variole noire. A la Rotonda, hôpital de varioleux, 67 malades étaient déjà en traitement à la fin de septembre. Ce chiffre monta à 189 en octobre (95 guéris, 46 morts, 48 restants). Enfin, en novembre, 115 varioleux occupent encore les salles. La mortalité totale s'est élevée à 32,6 p. 100.

Le nombre des cas survenus et traités dans les maisons particulières, aussi considérable, n'est pas encore connu. — Ch. S.

Aveugles aux Etats-Unis. — *The américan Lancet* de novembre 1887 nous apprend qu'aux Etats-Unis les secours officiels alloués aux aveugles s'élèvent à la somme de 25,000,000 de dollars par an (12,500,000 francs) ! — Pendant la période de dix années finissant en 1880, le nombre des aveugles s'est accru de 150 pour cent, tandis que la population générale ne s'est augmentée que de 30 pour cent. — R.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Gerlier, à Ferney-Voltaire ; Teissier, à Lyon.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bassompierre, médecin-major, à Troyes ; Coustan, médecin-major, à Montpellier ; Dechaux, à Montluçon ; Ollé, à Saint-Gaudens ; Reumaux, à Dunkerque ; Rondet, à Albigny ; Schmit, médecin-major, à Rambervillers ; Sollaud, médecin de première classe de la marine, à Cherbourg.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Blanquinque, à Laon ; Bovier, à Montauban.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence ; Gils, médecin-major, à La Rochelle ; Jaurès, à Dourgne ; Jenot, à Dercy ; Mougin, à Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix ; Piot, à Aiguebelle ; Roy, à Saint-Martin-de-Ré ; Stutel, à Saint-Dié.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1887, l'hospice des Incurables, à Ivry, prendra, à l'avenir, le nom d'hospice d'Ivry.

— La séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu, cette année, le lundi 26 décembre, à une heure.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

— M. le docteur Boisson est nommé médecin adjoint du lycée Lakanal (emploi nouveau).

— M. le docteur Couturier, médecin adjoint du lycée de Saint-Etienne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Riembault, décédé.

Ecole de médecine de Reims. — M. Delacour, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite Ecole.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Vésian, professeur de géologie et de minéralogie, est nommé doyen.

Faculté des sciences de Caen. — M. Ditte, professeur de chimie, est nommé doyen.

La statistique de la petite vérole en France. — Bien des Français s'imaginent que la petite vérole, grâce à la diffusion de la vaccine en France, fait peu de victimes dans notre pays. C'est là une erreur qu'il est utile de dissiper. Il nous suffira de prendre au hasard une des statistiques officielles adressées par l'Académie de médecine à M. le Ministre du commerce.

Nous avons sous la main celle de 1880. Voici ce que nous y lisons : Dans différents départements français, il y a eu 2,997 décès par variole. On pourrait facilement doubler ce chiffre, car 38 départements, et parmi eux des plus importants (Rhône, Gironde, Haute-Garonne), n'ont fourni aucun document en temps utile.

Dans cette statistique, sortie des bureaux de l'Académie et des presses de l'Imprimerie nationale, nous relevons de singulières erreurs, — du rapporteur ou du typographe? — Ainsi, dans le département du Gers, 765 sujets atteints de la petite vérole n'ont occasionné aucun décès ; par contre, dans le Morbihan, 580 sujets ont fourni, d'après le *rapport officiel*, quatre cent trente-quatre décès. Le Rhône tient une place exceptionnelle dans ce document. La maladie aurait défiguré ou rendu infirmes 420 personnes, sans déterminer aucun décès.

Dans la seule ville de Lyon, dont la population égale à peu près celle de la moitié du département, il y eu, en 1880, 395 décès par variole. C'est l'épidémie la plus grave qu'ait subie notre ville, exception faite pour l'année terrible 1870-71.

Nous laissons au lecteur le soin de tirer d'un tel document les conclusions qu'il comporte, tant au point de vue administratif qu'au point de vue scientifique. (*Lyon médical*).

Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin. — Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Rotty, statuaire médailliste, l'auteur de la médaille commémorative du centenaire de M. Chevreul.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. Un comité dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription. — Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priées d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Méhu, membre de l'Académie de médecine, et de M. Poussier, élève de l'Ecole de médecine de Rouen.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 décembre 1887, à quatre heures, au Palais de Justice. Salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 14 novembre. — 2. Renouvellement du bureau pour l'année 1888. — 3. Election des deux vice-présidents, des deux secrétaires annuels, des trois membres sortants de la Commission permanente. — 4. Nomination de la Commission d'élection chargée du rapport sur les candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant. — 5. M. Mégnin : La faune des tombeaux, nouvelles applications de l'entomologie à la médecine légale. — 6. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le grand événement de la semaine a été la séance annuelle de l'Académie de médecine, séance de distribution des prix, avec ses discours et ses félicitations. Nous n'avons que peu de choses à ajouter au compte rendu qu'en a donné l'un de nos collaborateurs dans notre dernier numéro; nous ne pouvons que constater ici le légitime succès qu'ont obtenu les deux discours véritablement académiques, par le fond et par la forme, de MM. Bergeron et Proust. Ces documents échappent à l'analyse et veulent être lus en entier par ceux qui n'ont pas eu la satisfaction de les entendre. L'éloge de Mêlier, l'exposé — j'allais dire l'apologie — de l'hypnotisme et de son rôle actuel dans la Société, sont deux morceaux qui ne dépareront par la collection si riche, dans ce genre, des *Bulletins* de l'Académie.

Beaucoup de dames pour applaudir les heureux lauréats, dont nous avons donné la liste *in extenso*; nous joignons nos félicitations et nos applaudissements sincères à ceux qui ont accueilli toutes les nominations, en particulier celles de nos amis F. Roux, Feulard, Toupet, Morel-Lavallée, Talamon, Jullien, Valude, Ricard, Leloir, Thoinot et des nombreux lauréats du

FEUILLETON

CAUSERIE

Charlatans et charlatanisme (suite).

Aurélien Scholl a consacré, il y a quelques mois, une de ses chroniques à un genre de publicité aujourd'hui fort répandu, et aussi nuisible aux médecins qu'aux malades, en ce temps où, dit-il, le charlatanisme médical et l'escroquerie pharmaceutique font chaque jour de nouveaux progrès. Il raconte à ce sujet une anecdote dans laquelle le dernier mot est resté au charlatan, doué, il est vrai, d'un toupet des plus touffus en roueries.

Un herboriste de province, peu ou prou pharmacien de troisième classe, est, en ce moment, l'objet d'une poursuite d'un genre tout particulier. Nommons-le, cette fois, Herbophile.

Un bourgeois de Paris, — appelons-le Martin, — a lu dans son journal : « Guérison radicale de....., par le traitement de M. Herbophile, pharmacien à..... Envoi gratis de la brochure explicative. » M. Martin écrit bien vite pour demander la brochure, qu'il reçoit tout aussi vite par retour du courrier. Il y lit entre autres choses que : « Chaque potion coûte 2 francs. Quatre à six potions suffisent pour les enfants de 2 à 8 ans ; dix à douze potions pour les sujets de 8 à 15 ans; vingt-cinq potions pour les personnes de 40 à

service des eaux minérales, en tête desquels nous avons vu avec grande satisfaction le nom de M. le docteur Colin père (de Saint-Honoré-les-Bains). MM. Cazalis et Sénac-Lagrange le suivent de près.

Ce grand concours de dames qui montre tout l'intérêt que prend le beau sexe aux choses de la médecine, n'était rien en comparaison de celui qui se pressait dans la salle des actes de la Faculté pour assister à la soutenance de la thèse de M[lle] Schulze. C'est le second, par ordre de date, grand événement de la semaine dans notre monde limité. Notre jeune et jolie confrère, ainsi l'a appelée le président de la thèse, M. le professeur Charcot, avait choisi pour sujet *la Femme médecin, son histoire et son rôle dans la Société*. Nous regrettons de ne pouvoir, comme le *Matin,* consacrer deux grandes colonnes à l'argumentation de cette thèse, argumentation toute bourrée d'éloges de la part des juges, MM. Landouzy, Reclus et Straus, avec un peu de spirituelle ironie de la part du président. Bref, la note « *extrêmement bien* » a été donnée à cette thèse, qui, si je m'en rapporte aux recherches faites par l'auteur dans notre bibliothèque, doit être très intéressante. Mais, à tout prendre, je crois que M[lle] Schultze, après tous les éloges dont l'on comblée ses anciens maîtres, restera encore longtemps une exception dans le corps médical. C'est un éloge comme un autre.

— Par une singulière coïncidence, au moment où le *Journal officiel* publiait un décret prohibant la saccharine comme dangereuse, cette dernière était en Angleterre, dit le *Bulletin médical,* l'objet de recherches dont les conclusions sont diamétralement opposées à celles des savants français.

MM. Stewenson et Wooldridge viennent de publier dans *The Lancet* le résumé de leurs expériences. Selon eux, la saccharine ne donne lieu à aucun symptôme, lors même qu'on en donne des quantités dépassant largement ce qu'on en prend ordinairement; elle n'entrave ni ne retarde la digestion lorsqu'on la prend aux doses habituelles, et elle peut se prendre pendant de longues périodes sans altérer la digestion ou les autres fonctions de l'organisme. Ils en concluent qu'il n'y a pas lieu d'ajouter foi aux

---

50 ans. Le malade doit donner des renseignements complets sur son état, indiquer la date de début de son infirmité, etc.

Comme il est âgé de plus de 40 ans, M. Martin va prendre un mandat-poste de 50 fr. équivalant à vingt-cinq potions, écrit les explications demandées, envoie le mandat à M. Herbophile, puis attend huit jours, quinze jours..... et ne reçoit rien.

Il se décide à réclamer. Pas de réponse. Poussé à bout, M. Martin menace l'herboriste d'une plainte en escroquerie. Celui-ci répond alors :

« Monsieur, d'après l'exposé de votre état, il est certain, pour moi, que vous êtes incurable.

« Rien ne me serait plus facile que de vous expédier 2 litres de vin blanc, à 30 centimes l'un, dans lesquels j'aurais versé quelques gouttes d'essence de thym ou autre plante aromatique, en vous présentant cette boisson comme le spécifique annoncé. Pour l'effet que cela vous produirait, ce n'est pas la peine, vous n'y gagnerez rien, ni moi non plus. Dans ce cas, cependant, vous n'auriez rien à réclamer. Si vous y tenez, vous recevrez ce vin blanc par le prochain train. »

N'est-ce pas qu'il avait un fameux toupet, l'herboriste? Mais en disant qu'il ne gagnerait rien en envoyant ses deux litres de vin blanc à 30 centimes l'un, il se trompe, puisqu'on les lui avait payés d'avance 50 francs. Mettons, si vous voulez, 1 fr. 40 centimes pour le port et les droits d'entrée, il aurait encore gagné 48 francs, et comme, lorsqu'on pêche en eau trouble, on a quelquefois la chance de ramener autre chose qu'une vieille savate, peut-être aurait-il, par hasard, guéri un client hypochondriaque, qui aurait

opinions qui tendent à faire croire que son usage entraînerait des inconvénients.

« Quel intérêt, demandait un médecin anglais à notre excellent confrère M. J. Worms, pouvez-vous bien avoir à faire croire aux inconvénients de la saccharine?

« Permettez-moi, dit M. Worms, de ne pas répondre à cette question. Je n'oserai jamais, pour ma part, vous demander quel intérêt vous pouvez bien avoir à les cacher. »

Toute la question peut se résumer ainsi. Mais je ne sais pourquoi je crois que la raison est de notre côté. — L.-H. P.

Sur les topiques d'Unna et leur emploi dans les maladies de la peau (1)

Par H. HALLOPEAU,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Si l'on veut apprécier la valeur d'un médicament, on doit tenir compte, non seulement de sa composition chimique et de son action sur les tissus, mais aussi, et en première ligne, de son mode d'application. L'exactitude de cette proposition ressort, en toute évidence, des précautions minutieuses qu'exige l'exécution des pansements antiseptiques et de la profonde modification que leur emploi a apportée dans les résultats de la pratique chirurgicale et de l'obstétrique. Le choix de l'antiseptique semble n'avoir qu'une importance relativement secondaire ; c'est ainsi que l'iodoforme, le salol, le sublimé, le bi-iodure de mercure et l'acide phénique donnent des succès à peu près équivalents ; l'essentiel est de savoir s'en servir. On peut dire qu'à cet égard les chirurgiens et les accoucheurs ont devancé les médecins.

(1) Communication faite à la Société de thérapeutique le 14 novembre 1888.

---

envoyé ses louanges aux quatre points cardinaux. d'où elles seraient revenues sous forme de clients pour le facétieux herboriste.

*
* *

Moins heureux que ledit herboriste, le sieur Daudé (Joseph), âgé de 59 ans, qu jouait de la même guitare, mais *fournissait*, lui, vient de comparaître devant le tribunal correctionnel, comme se faisant appeler le docteur Grégoire. Il guérissait tous ses malades ! A Montpellier, où il a habité longtemps, aucune consultation n'avait lieu, pour un cas grave, sans qu'il y fût appelé en même temps qu'une des sommités de la Faculté de médecine. Il était venu, disait-il, à Marseille, pour y soigner les malades abandonnés par les hommes de l'art. La guérison du mal caduc était une de ses spécialités. Avec de pareils antécédents, Daudé s'était vite créé une clientèle, d'autant plus qu'il ne faisait pas payer d'honoraires. Il se bornait à demander des sommes de 10 et 20 francs pour faire venir de Montpellier ou de Paris les médicaments qu'il jugeait nécessaires. Seulement il oubliait de faire venir les médicaments, ou bien, s'il en remettait, ce n'était que des drogues d'une valeur insignifiante.

Cela fit perdre confiance aux malades, et quelques-uns d'entre eux portèrent plainte au parquet contre leur trop négligeant docteur. La police fit une enquête, et il en résulta que le docteur Grégoire qui n'était qu'un faiseur du nom de Daudé, non diplômé et ayant déjà subi plusieurs condamnations, dont une pour exercice illégal de la mé-

Le problème est plus complexe pour les maladies de la peau que pour les plaies chirurgicales. Le mode d'application du médicament doit varier suivant que l'épiderme est intact ou intéressé, qu'il doit être ramolli ou consolidé, que les produits de sécrétion ou d'exhalations cutanées doivent être retenus ou éliminés, que l'affection est superficielle ou profonde, circonscrite ou étendue, de cause banale ou de cause spécifique. C'est en tenant compte de ces divers éléments qu'Unna est parvenu, après de laborieuses recherches, à trouver la formule des nouveaux topiques dont l'emploi constitue, d'après les résultats annoncés par l'auteur, un grand progrès pour la dermato-thérapie.

Ces topiques sont de trois ordres : les *colles médicamenteuses*, les *mousselines-onguents* et les *mousselines-emplâtres* (1). Employés isolément ou simultanément, ils restent fixés sur les parties malades et peuvent, le plus souvent, n'être renouvelés qu'à plusieurs jours d'intervalle.

On ne peut dire que notre éminent confrère de Hambourg ait eu l'idée première d'aucun d'eux. Sans parler des emplâtres dont on trouve l'indication dans Hippocrate et qui sont usités depuis des temps immémoriaux, il est manifeste que les mousselines-onguents sont dérivés des compresses à l'aide desquelles il est classique, dans l'école de Hébra, d'appliquer les pommades, et l'on doit au professeur Pick d'avoir le premier utilisé la gélatine comme excipient. Mais *ce qui appartient à Unna, c'est d'avoir porté à un haut degré de perfection ces diverses préparations, de les avoir variées pour ainsi dire à l'infini, d'en avoir indiqué le mode d'action physiologique et thérapeutique et d'en avoir systématisé l'emploi.*

I. — *Des colles médicamenteuses.* — Le professeur Pick se sert, pour les préparer, d'une solution de gélatine à 40 ou 50 p. 100; il y incorpore divers médicaments tels que les acides chrysophanique, salicylique, pyrogallique et phénique. Il obtient ainsi une masse solide, dans laquelle le principe actif est uniformément répandu. Au moment de l'emploi, la colle est

(1) Unna : *Ueber die neueren Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten*, 1887.

decine. On l'arrêta, et, à la suite d'une instruction, Daudé a comparu devant le tribunal, sous la prévention d'escroquerie.

Le substitut qui soutenait la prévention, a demandé contre l'inculpé l'application de l'article 405 du code pénal, se basant sur ce que l'escroquerie résultait de la fausse qualité prise par Daudé pour se faire remettre des sommes destinées à l'achat de médicaments qu'il devait faire venir de Paris ou de Montpellier, alors qu'il ne remettait que des médicaments insignifiants ou d'une valeur nulle.

Le tribunal n'a pas paru adopter ce système. Il s'est demandé si le délit reproché au prévenu n'était pas celui d'exercice illégal de la médecine, prévu et puni par la loi du 19 ventôse an XI. En conséquence, le faux docteur n'a été condamné qu'à une peine minime qui n'aura d'autre effet que de lui donner, aux yeux de sa nombreuse clientèle, l'auréole du martyre. Parions qu'il va augmenter ses prix et que ses clients trouveront cela tout naturel. Une condamnation pour ces gens-là, c'est comme une décoration pour les médecins des hôpitaux, A la place du tribunal, vous et moi aurions retenu le chef d'escroquerie; mais ces Messieurs sont d'une indulgence pour ce genre de délit !

*
* *

J'ai donné dans mon dernier feuilleton divers modèles de réclame. En voici un pour toutes les panacées *pour l'usage externe* qui peuvent prétendre à l'honneur sans profit de guérir les maladies nerveuses.

Une bien belle étude du traitement des affections nerveuses, goutteuses, asthmatiques,

fondue au bain-marie, appliquée sur la partie malade à l'aide d'un pinceau et recouverte d'une couche de glycérine pour diminuer sa consistance.

Unna, considérant que la résorption du médicament incorporé doit être d'autant moindre que la colle est plus chargée de gélatine, s'attache à la préparer avec le minimum possible de cette substance; il y ajoute la glycérine qui en retarde la solidification au moment où elle se refroidit et en rend ainsi l'application plus facile; il y ajoute aussi de l'oxyde de zinc qui a la propriété de la rendre inaltérable. Il n'élève la proportion de gélatine que si la colle doit contenir un médicament susceptible d'amoindrir sa puissance de coagulation, tel que l'acide phénique, l'acide salicylique, la résorcine, le naphtol, la créosote, le sulfure de potassium. Il arrive ainsi à formuler deux variétés de colle de zinc, l'une molle, l'autre dure, de la manière suivante :

	Colle molle.	Colle dure.
Oxyde de zinc........................	15	10
Gélatine........................	15	30
Glycérine........................	25	30
Eau........................	45	30

Les échantillons de ces colles que nous avons l'honneur de présenter à la Société ont été préparés avec habileté par M. Jacques Garesnier, interne en pharmacie dans notre service, et par M. Cavaillès, ancien interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis.

La gélatine molle sert à incorporer les médicaments insolubles finement pulvérisés, tels que la céruse, l'iodure de plomb, le précipité blanc, le soufre, l'iodoforme et l'acide chrysophanique, dans une proportion qui, ordinairement, ne dépasse pas de 5 à 10 grammes, mais qui peut atteindre, pour l'iodoforme et le soufre, 20 et même 30 p. 100.

Dans la gélatine dure, on englobe à dose minime les produits indiqués précédemment, comme susceptibles d'enrayer la solidification de cette substance; la proportion pour le sublimé ne doit guère dépasser 1 p. 100; elle s'élève à 2 p. 100 pour le camphre et le chloral.

---

ataxiques, paralytiques et épileptiformes, par la masso-farado-électrothérapie *insensible* a été faite dans les meilleurs journaux par le docteur du Bonplaisir (impossible de choisir un nom mieux appliqué à l'emploi). C'est l'innovation évidente d'une méthode absolument rationnelle dont le but est la guérison de maladies, réputées jusqu'à ce jour *incurables*.

La masso-farado-électrothérapie d'usage essentiellement externe est anodine et arrête la douleur, quelles que soient sa forme et sa violence, en quelques secondes. Dans les affections de la moelle, l'ataxie, les paralysies, les contractures ainsi que les fulgurances, il suffit d'une application de quelques nuits pour voir surgir un mieux inespéré. Ce traitement sauveur a aboli les nombreux palliatifs poisonneux (Oh! poisonneux! quel galbe, dirait Lassouche), tels que la morphine et l'antipyrine. De plus, les malades peuvent se soigner par correspondance en écrivant directement à l'Institut masso-farado-électrothérapique qui envoie sa brochure franco.

C'est rendre un service bien grand à l'humanité que de propager ce traitement appelé à rendre tant et de si importants services. La médecine n'aura pas assez de palmes pour récompenser les auteurs d'une semblable découverte. (Suit l'adresse, que je me garderai bien de vous donner, toujours pour le même motif que précédemment).

*
* *

— Peut-on magnétiser de loin ? se demande un de nos spirituels confrères qui de sceptique nous paraît être devenu un peu trop crédule. — J'ai ri de cette prétention, dit-

D'après Unna, ces colles médicamenteuses, appliquées sur la peau suivant les règles indiquées, constituent des enveloppes poreuses absorbantes : retenant l'eau excrétée, elles dessèchent la couche cornée et augmentent ainsi la résistance qu'elle oppose normalement à la pénétration des substances appliquées à sa surface; le courant centrifuge d'excrétion s'y trouve renforcé en même temps que le courant centripète d'absorption y est réduit au minimum; la graisse excrétée s'accumule sous l'enveloppe; l'augmentation que présente, dans ces conditions, l'évaporation de l'eau a pour effet de refroidir les parties; la pression douce que subissent les téguments calme le prurit et favorise la kératoplasie. Cette action est toute superficielle; la résorption des médicaments s'accomplit sous ces enveloppes dans de mauvaises conditions Utiles dans les affections vésiculeuses et bulleuses, elles deviennent inefficaces quand il y a lieu d'agir profondément. C'est ainsi que, dans le psoriasis, l'acide chrysophanique a des effets moindres quand on l'emploie incorporé à la colle, que si on l'étend dissous dans la traumaticine. ... .

Unna se sert de ces colles tantôt comme moyens curatifs, tantôt comme moyens adjuvants. . . . .

Les affections dans lesquelles il en recommande surtout l'usage, sont le prurit, les érythèmes et eczémas artificiels, l'eczéma intertrigo, le début et les exacerbations des eczémas très prurigineux, la desquamation après les exanthèmes, l'ichthyose, l'acné, les ulcères et les plaies..

Se basant sur ce fait que la colle n'empêche pas, mais au contraire favorise la perspiration cutanée, il ne craint pas, comme on le voit, d'en conseiller l'emploi sur toute la surface du corps, non seulement dans l'ichthyose, mais aussi dans les desquamations consécutives à la scarlatine, à la rougeole et à la variole. Nous avouons que nous n'oserions suivre dans cette pratique l'éminent dermatologue de Hambourg. Aussi longtemps que le mécanisme par lequel les enduits imperméables donnent lieu à des accidents, quand on en revêt tout le corps, restera indéterminé, nous redouterons une action semblable des colles médicamenteuses ; à un autre

---

il, mais je n'en ris plus (on commence parfois par rire de choses dont on finit par s'effrayer). Et voici comment il se fait qu'il a changé d'avis sur ce point.

Madame V... — une femme charmante qui s'occupe beaucoup de magnétisme, y excelle et le rend aimable, — m'a fait voir un jour (à moins qu'elle ne m'ait magnétisé moi aussi) qu'il ne faut rien nier *à priori*. Nous causions dans l'angle d'un grand salon : on dansait dans ce salon et dans les salons voisins, et à travers le tourbillon des danseurs, par moments, nous pouvions apercevoir, nous tournant le dos au fond du salon voisin, une jeune fille, mademoiselle X..., qui s'était prêtée dans la soirée à des expériences de magnétisme. Le bourdonnement assourdissant de la danse, des voix, de la musique, empêchait absolument que notre conversation à voix basse parvînt dans l'autre salle et, d'autre part, je m'étais assuré qu'aucune glace indiscrète ne pouvait établir de communication optique entre mon interlocutrice et mademoiselle X...

« Vous affirmez, dis-je à Mme V..., que votre empire sur mademoiselle X... s'exerce même à distance; pouvez-vous d'ici l'attirer près de nous?

— Certainement, et lui faire faire tout ce que je voudrai. Seulement pour écarter toute idée de connivence, vous dicterez vous-même ce que vous désirez lui voir exécuter.

— Eh bien, que mademoiselle X... vienne prendre votre éventail, fasse deux tours de valse avec le jeune homme blond qui se tient accoudé à la cheminée, puis vous rapporte votre éventail... et je me déclarerai satisfait.

— Cela va être fait à l'instant même.

point de vue, si, comme l'assure Unna, l'application de cette substance refroidit les téguments en augmentant l'évaporation de l'eau, n'est-ce pas aller à l'encontre des indications qu'en recouvrir la peau d'un scarlatineux convalescent? Nous croyons donc, contrairement à l'avis de notre confrère, devoir restreindre l'usage de ces colles aux surfaces limitées. Nous devons dire que les résultats obtenus, dans notre service, chez plusieurs malades atteints d'eczéma subaigu des extrémités, n'ont qu'incomplètement répondu à notre attente.

Employées comme moyens adjuvants, ces préparations servent à circonscrire exactement l'action des emplâtres et des mousselines-onguents, par exemple, dans le traitement du lupus, à les fixer, à empêcher l'évaporation des solutions alcooliques et éthérées ainsi que des médicaments volatils, tels que le goudron et l'iodoforme, et à diminuer ainsi l'odeur qui s'en exhale. Leur usage est contre-indiqué pendant les grandes chaleurs et chez les sujets qui transpirent à l'excès.

II. *Des mousselines-onguents.*— Composées d'une mousseline sur laquelle on applique un excipient tel que l'axonge, la lanoline ou la vaseline, additionné d'un principe actif, ces préparations tiennent le milieu entre les colles médicamenteuses et les emplâtres; elles représentent une couche épaisse de pommade susceptible de s'appliquer sur toutes les inégalités des surfaces malades et d'y être maintenues en contact intime. Elles remplacent avec avantage les compresses imprégnées de pommade en usage à Vienne. Elles conviennent surtout dans les inflammations subaiguës, accompagnées d'une infiltration des téguments. On ne peut s'en servir dans les cas où le processus est très aigu, non plus que dans ceux où il occupe, soit des parties velues, soit une surface très étendue.

Les mousselines-onguents dont Unna préconise surtout l'usage sont celles qui contiennent l'oxyde de zinc seul ou mélangé à l'ichthyol, au phénate de plomb ou au précipité rouge. Elles donnent surtout de bons résultats dans l'eczéma du scrotum, des mains et de la face; l'application dans

— Pardon, interrompis-je, laissez-moi choisir mon moment : l'expérience sera d'autant plus décisive que je l'aurai entourée de précautions plus méticuleuses.

— Soit, quand vous voudrez. » Et nous nous mîmes à parler d'autres chose. Quelques minutes plus tard, saisissant le moment où mademoiselle X... était lancée dans une conversation très animée, je dis à mon interlocutrice : « Maintenant, s'il vous plaît ».

Sans faire un geste, madame V... darda son regard vers la jeune fille, qui nous tournait toujours le dos..., et, à l'instant même, celle-ci interrompait sa conversation, se retournait comme si on lui avait touché l'épaule, venait à nous, et sans un mot, sans un regard, prenait l'éventail, allait faire deux tours de valse avec le jeune homme blond, et rapportait l'éventail!

— Etes-vous satisfait? me demanda madame V.!

— Je suis épouvanté, madame, car je suis sûr que vous auriez été obéie avec la même inconscience pour un assassinat que pour une figure de cotillon.

Et madame V... soufflant alors sur les yeux de mademoiselle X..., celle-ci, réveillée en sursaut, s'écria avec une intonation de dépit : « Ah! vous m'avez encore endormie! ce n'est pas bien! vous allez me rendre ridicule! » Pour la tranquilliser, il fallut lui apprendre, car elle l'ignorait complètement, ce qu'on venait de lui faire exécuter.

— Cette captation de la volonté, qu'elle ait lieu de loin ou de près, est le phénomène le plus frappant de l'hypnotisme. C'est aussi le plus grave. Le magnétiseur entre dans le magnétisé, comme un bernard-l'hermite s'installe dans un coquillage marin — et une fois installé, il devient bien difficile de faire déguerpir l'intrus. Ne laissons jamais envahir

la syphilis infantile de la mousseline-onguent mercurielle, sur une large surface, suffit comme traitement local et général.

III. *Des mousselines-emplâtres.* — Chaque fois que l'on veut agir puissamment sur des lésions profondes, c'est à ces topiques que l'on doit avoir recours : constituant des enveloppes imperméables, ils amènent la rétention de la perspiration cutanée et de la sécrétion sudorale; la couche cornée s'imprègne d'eau; se modifiant ainsi au point de présenter de l'analogie avec l'épithélium buccal, elle perd la force de résistance qu'elle oppose normalement à la résorption des substances dissoutes dans l'eau et se laisse pénétrer; en même temps, l'enveloppe imperméable met obstacle au courant centrifuge d'excrétion et favorise la diffusion, de cellule à cellule, qui constitue le courant centripète de résorption. A l'encontre de ce qui se passe sous les colles, la puissance d'absorption de l'épiderme pour les médicaments est ainsi singulièrement accrue.

Unna insiste sur ce fait que ses moussetines emplâtres diffèrent essentiellement des préparations usitées jusqu'ici. Le médicament y est appliqué pur, en couche régulière, sur une couche de gutta-percha préalablement incorporée à la mousseline; *l'excipient y fait presque complètement défaut;* il n'y est représenté que par une très faible proportion d'une substance agglutinative, la gomme élastique, dissoute dans la benzine ou l'oléate d'alumine purifié, substance indifférente et inaltérable qui fait adhérer le principe actif à la gutta-percha et permet de fixer l'emplâtre sur les téguments; il *suffit de 2 à 5 grammes de cette substance adhésive pour fixer sur un rouleau d'un mètre de 30 à 50 grammes de médicament; celui-ci peut être ainsi employé à son maximum de concentration;* on ne doit s'occuper qu'accessoirement de son dosage relativement à l'excipient; ce qui importe, c'est la quantité qui doit en être étalée sur un rouleau d'un mètre de mousseline et son activité. Le nombre de ces emplâtres, préparés par Beiersdorf sous la direction d'Unna, s'élève actuellement à plusieurs centaines; parmi ceux qui sont le plus employés dans la clinique de Hambourg, nous mentionnerons

---

notre coquille! L'homme qui se prête, ne fût-ce qu'une fois, à ce jeu dangereux est un homme en péril : il descend d'un pas sur un talus fort incliné menant aux abîmes et il lui faudra un effort considérable pour remonter; tandis qu'une chiquenaude peut le précipiter au fond. On ne saurait assez le dire : il n'y a de sûr que la grande route et c'est toujours une sottise d'enjamber les garde-fous! »

D'accord. Mais que s'est-il passé entre madame V... et mademoiselle X... pendant que cette aimable dame parlait d'autre chose avec vous, cher confrère? Vous n'en savez rien. Le truc pouvait être agencé de façon à vous mettre dedans, sauf votre respect, et c'est probablement ce qui a eu lieu.

SIMPLISSIME.

PUNCH DES MALADES.

Thé	10	grammes.
Eau	250	—
Alcool ou rhum	150	—
Sirop de sucre	150	—
Suc d'un citron.		

F. s. a. — Cette préparation s'administre dans tous les cas d'algidité et de collapsus, dans certaines phlegmaties des poumons, pour ranimer les forces des malades.

N. G.

particulièrement l'emplâtre de mercure et d'acide phénique, utile dans les suppurations cutanées, l'emplâtre à la résorcine dans les cas d'acné, les différents emplâtres créosotés et salicylés dans le lupus, l'emplâtre de zinc et de mercure dans la syphilis, l'emplâtre de sublimé et d'acide phénique dans le lupus érythémateux. Nous pouvons, d'après notre expérience personnelle, confirmer ces résultats en ce qui concerne le lupus vulgaire; nous avons vu dans plusieurs cas ses lésions rétrograder avec rapidité, sous l'influence de l'emplâtre créosoté et salicylé.

C'est par contrebande que nous avons pu entrer en France les échantillons que nous devons à l'obligeance de M. Beiersdorf et que nous avons l'honneur de présenter à la Société; leur introduction dans notre pays est formellement interdite par nos lois de douane : il y a prohibition. Nous avons le ferme espoir que ces mesures restrictives n'auront qu'un temps, mais néanmoins nous avons appris avec une vive satisfaction, lors de notre retour à Paris, que M. Cavaillès et M. Vigier s'efforçaient, en suivant les règles tracées par Unna, de reproduire ces mêmes emplâtres. Déjà ils sont parvenus, pour plusieurs d'entre eux, à des résultats très satisfaisants; c'est ainsi que les mousselines-emplâtres d'oxyde de zinc, d'acide salicylique et de créosote, d'huile de cade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société au nom de M. Cavaillès, se rapprochent, comme on peut le constater, des produits de M. Beiersdorf.

Nous sommes désormais en droit d'espérer que l'emploi des topiques formulés par Unna pourra entrer dans notre pratique courante.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle. — Présidence de M. Hérard.

Prix de l'Académie pour 1888 (1).

Prix Saint-Paul (25,000 fr.). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la « diphtérie ».

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense. — Vingt-huit ouvrages ou mémoires ont concouru.

Le prix de 25,000 fr. n'est pas décerné.

Trois prix d'encouragement, de 1,000 fr. chaque, sont donnés à : M. le docteur Cousot (de Bruxelles), pour son « Etude sur la diphtérie »; M. le docteur Renou (de Saumur), auteur d'un mémoire intitulé : « Etudes cliniques sur la diphtérie et son traitement; M. le docteur Thoinot (de Paris), pour son « Essai sur l'histoire de la diphtérie en France au dix-neuvième siècle ».

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Cozzolino (de Naples); E. Gaucher (de Paris); Lancry (de Dunkerque); Roulin (de Paris), et Robert William Parker (de Londres), pour leurs travaux « sur la diphtérie ».

Prix Stanski (1,800 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura démontré le mieux

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

L'Académie a reçu pour ce concours cinq ouvrages ou mémoires.

Un prix de 1,200 fr. a été décerné à M. le docteur Arnold Netter (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « De la contagion de la pneumonie franche, ses diverses manifestations. »

Une récompense de 600 fr. a été accordée à M. le docteur Thoinot (de Paris), pour son mémoire portant le titre suivant : « Contribution à l'histoire d'une maladie infectieuse. — Etude critique sur quelques points de l'histoire de la suette miliaire ».

Prix Vernois (800 fr.). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Sept ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est décerné à l'ouvrage intitulé : « Manuel de l'inspecteur des viandes », avec atlas.

Ce livre a pour auteurs M. L. Villain, V. Bascon, Lafourcade, Moulé et A. Méraux, médecins-vétérinaires chargés du service d'inspection de la boucherie de Paris.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce et de l'industrie a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1886 :

1° *Médaille d'or.* — M. le docteur Collin père (de Saint-Honoré-les-Bains).

2° *Rappel de médaille d'or.* — M. le docteur Caulet (de Saint-Sauveur).

3° *Médaille d'argent.* — MM. les docteur Cazalis (du Mont-Dore); Delmis (d'Amélie-les Bains); Sénac-Lagrange (de Cauterets); Vigneau (de Saint-Christau),

4° *Rappels de médaille d'argent.* — MM. les docteurs Bona (d'Evaux); Grimand (de Barèges); Planche (de Balaruc).

5° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Barthe de Sandfort (de Dax); Bédard (de Saint-Christau); Chiais (d'Evian); Frémont (de Vichy); Percepied (du Mont-Dore); de Valicourt (médecin militaire).

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre du commerce et de l'industrie a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1887.

1° *Médaille d'or.* — M. le docteur R. Marvaud (médecin militaire).

2° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Darolles (de Provins); Hébert (d'Audierne); Longbois (de Joigny); Sicard (de Béziers); Dauvé, Moty, Rivet, Roux et Senut (médecins militaires); Monny, interne des hôpitaux de Paris.

3° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); Homo (de Château-Gontier); Leroy des Barres (de Saint-Denis); Nivet (de Clermont Ferrand); Ollé (de Saint-Gaudens); Eude et Longet (médecins militaires).

4° *Medailles de bronze.* — MM. les docteurs Bernard (de Forcalquier); Coiffier (du Puy); Dezautière (de La Machine); Favetier (de Luze); Fiessinger (d'Oyonnax); Gauthier (de Charolles); Guibert (de Saint-Brieuc); Ledé (de Paris); Pasquet-Labrouc (de Châtellerault); Tussau (de Génelard); Delamarre (médecin militaire) et Sardou, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 fr., destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix :

1° *Médaille d'or.* — M. Lavergne, inspecteur des Enfants-Assistés du département de l'Allier.

2° *Médailles de vermeil.* — MM. les docteurs Ledé (de Paris); Séjournet (de Revin); Sutils (de Chapelle-la-Reine),

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Balestre (de Nice); E. Decaisne et Goldenstein (de Paris); Jenot (de Dercy); Malgat (de Nice); Durand-Desmons, Masseras (des Philippines); Fleury, inspecteur des Enfants-Assistés du département de la Creuse.

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. le docteurs Capelle père (de Hermies); Carassus (de Milly); Driard (de Moret-sur-Loing).

5° *Médaille de bronze.* — MM. les docteurs Augé (de Reuilly); Coffignon (de Marles); Doumic (de Poissy); Grosjean (de Montmirail); Toussaint (d'Argenteuil); Serrès, inspecteur des Enfants-Assistés du département de l'Orne.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé et M. le ministre du commerce et de l'industrie a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine en 1887 :

1° *Un prix de 1,500 fr.* à partager entre MM. les docteurs Eonnet (d'Auray), Hocquard, médecin militaire. M. A. Prengrueber, médecin à Palestro.

2° *Quatre médailles d'or.* — MM. les docteurs André et Pélix (médecins militaires), Dupeyron, Ebstein, Stroebel (médecins militaires).

3° *Cent médailles d'argent.* — M. Adhéran, docteur en médecine à Aunonay (Ardèche); Mme veuve André, sage-femme à Chambon (Creuse); Mme Aussourd, sage-femme à Vierzon (Cher); MM. Barbarin, docteur en médecine à Briançon (Hautes-Alpes); Bassompierre, médecin-major de 2e classe au 19e bataillon de chasseurs à pied à Troyes (Aube); Bastiou, docteur en médecine à Lannion (Côtes-du-Nord); Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes (Morbihan); MM. Bauzon, docteur en médecine à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire); Bayard, médecin-major au 141e régiment d'infanterie à Aix (Bouches-du-Rhône); Benoist, docteur en médecine à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure); Bérard, vétérinaire à Angoulême (Charente); Bertrand, docteur en médecine à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire); Mme Bézart, sage-femme à Château-Thierry (Aisne); M. Biat (Victor), docteur en médecine à Liévin (Pas-de-Calais); Mme Binnié (Aimée), sage-femme à Douai (Nord); MM. Bobrie, docteur en médecine à Cozes (Charente-Inférieure); Bolot, docteur en médecine à Dellys (Algérie); Bompaire, docteur en médecine à Millau (Aveyron); Mme Bonnot, sage-femme à Narbonne (Aude); MM. Bordéremy, docteur en médecine à Commentry (Allier); Bourée (père), docteur en médecine à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or); Boutin, médecin-major de 1re classe à Toulon (Var); Carry, docteur en médecine à Lyon (Rhône); Mmes Castets (Amélie), sage-femme à Tartas (Landes); Caumel (Noëlie), sage-femme à Montflanquin (Lot-et-Garonne); MM. Chabaud, docteur en médecine à Jaujac (Ardèche); Ch. Chatain, médecin-major de 2e classe au 19e chasseurs à Lille (Nord); Mme Charlon, sage-femme à Issoudun (Indre); MM. Chaudony, officier de santé à Mézel-Estoublon (Basses-Alpes); T. Chonneaux-Dubisson, officier de santé à Villers-Bocage (Calvados); Ciaudo (Joseph), docteur en médecine à Nice (Alpes-Maritimes); Coiffier, docteur en médecine au Puy (Haute-Loire); Cornille, médecin aide-major au 6e hussards à Bordeaux (Gironde); Corson, docteur en médecine à Guingamp (Côtes-du-Nord); Mme Damemme, sage-femme à Saint-Lô (Manche); M. Dauchez, docteur en médecine à Paris (VIe arrondissement); Mme Desplanques, sage-femme à Tourcoing (Nord); M. Dransart, docteur en médecine à Flers (Nord); Mme Dupuch, née Darroug, sage-femme à Belin (Gironde); MM. Edelman, docteur en médecine à Pautin (Seine); Famechon, médecin-major de 2e classe au 104e régiment d'infanterie à La Flèche (Sarthe); de Fleury, docteur en médecine à Angoulême (Charente); Florain, docteur en médecine à Marcillat (Allier); Fouque (Aristide), docteur en médecine à Paris; Mlle Gassin (Héloïse), sage-femme à Toulon (Var); MM. Gautier (E.), docteur en médecine à Bazouges-la-Pérouse (Ille-et-Vilaine); Gerbault, médecin-major de 2e classe au 18e régiment de chasseurs à cheval à Rambouillet (Seine-et-Oise); Hardy, docteur en médecine à Vertou (Loire-Inférieure); Hublé, médecin aide-major de 1re classe au 2e spahis à Lella-Marnia (Algérie); Huguenard, médecin-major au 6e hussards à Bordeaux (Gironde); Jaubert, médecin aide-major au 141e régiment d'infanterie a Aix (Bouches-du-Rhône); Mmes Jonquet, sage-femme à Châtellerault (Vienne); Laffiteau, sage-femme à Bordeaux (Gironde); MM. Lagarde (Abel), docteur en médecine à Vals (Ardèche); Lagarde (Charles), docteur en médecine à Montauban (Tarn-et-Garonne); Lamel, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de spahis à Djelfa (Algérie); Mme Larroque

(Louise), sage-femme à Castres (Tarn); MM. Lecorre, docteur en médecine à Saïgon (Cochinchine); Le Queré, docteur en médecine à Callac (Côtes-du-Nord); Lequette (Louis), officier de santé à Liévin (Pas-de-Calais); Le Rolland, docteur en médecine à La Roche-Derrien (Côtes-du-Nord); Mme Lestruhaut, sage-femme à Saint-Vivien (Gironde); MM. Lorthioir, officier de santé à Lallaing (Nord); Magnan, docteur en médecine à Luc-en-Diois (Drôme); Martin, docteur en médecine à Aubenas (Ardèche); Massina (François), officier de santé au Boulon (Pyrénées-Orientales); Maze, docteur en médecine au Havre (Seine-Inférieure); Mme Miedzyschowska, sage-femme à Castres (Tarn); Mouton, médecin-major de 1re classe au 52e régiment d'infanterie à Lyon (Rhône); Mlle Naizin, sage-femme à Vannes (Morbihan); Mme Nepper-Rimette, sage-femme à Douai (Nord); M. Nodet, docteur en médecine à Chambon (Loire); Mmes Pélissier, sage-femme à Nîmes (Gard); Pommier, sage-femme à Lille (Nord); MM. Pourquier, médecin-vétérinaire à Montpellier (Hérault); Pruvost, docteur en médecine à Bourbourg (Nord); Mme Rabette, sage-femme à Briare (Loiret); MM. Rivet, médecin-major de 1re classe au 137e régiment d'infanterie à Fontenay-le-Comte (Vendée); Roger, officier de santé à Plouigneau (Finistère); Mmes Roques, sage-femme à Villeréal (Lot-et-Garonne); Rossi, sage-femme à Ajaccio (Corse); M. Rouire, médecin-major de 2e classe au 19e escadron du train à Paris; Mmes Sandrart (Célestine), sage-femme à Lille (Nord); Sauvage-Lavabre, sage-femme à Lille (Nord); MM. A. Schmit, médecin-major au 20e escadron du train à Versailles (Seine-et-Oise); E. Schoull, médecin aide-major de 1re classe à Aïn-Draham (Tunisie); Sédan, médecin-major de 1re classe au 61e régiment d'infanterie à Toulon (Var); Talayrac, médecin en chef de la marine à Fort-de-France (Martinique); Mme Tarraube (Marthe), sage-femme à Tonneins (Lot-et-Garonne); MM. Tartière, médecin-major au 8e hussards à Vienne (Isère); Tauchon, docteur en médecine à Valenciennes (Nord); Tuloup, docteur en médecine à Digoin (Saône-et-Loire); Trémoureux, docteur en médecine à Nort (Loire-Inférieure); Mme Trotignon, sage-femme à Châteauroux (Indre); Mlle Templer, sage-femme à Vannes (Morbihan); M. Vandercolme, docteur en médecine à Bourbourg (Nord); Mlle Van Wedinghen, aide sage-femme à l'hôpital de la Clinique, à Paris; Mme Vincent (Marie), sage-femme à Pradelles (Haute-Loire); MM. Wéber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon (Doubs); de Welling, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure).

COURRIER

Par décret, en date du 10 décembre 1888, M. Mairet, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 21 janvier 1889, à huit heures du matin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cavalier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé dans cette ville à l'âge de soixante-sept ans; de M. le docteur Decaudin (de Paris); de M. le docteur Le Bailly, aide-médecin de la marine; et de M. le docteur Mengin (d'Arrou).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Diagnostic et traitements de l'asthme chez les enfants (1).

Le diagnostic de l'asthme et des dyspnées asthmatiformes, comme celui de tout état morbide, comprend deux étapes successives. On doit d'abord établir que les symptômes observés sont bien ceux de l'asthme, ce qui oblige à passer en revue les états morbides capables de revêtir une apparence symptomatique analogue. Ensuite, on aborde le diagnostic étiologique, sans lequel aucune thérapeutique ne peut être valablement instituée. Cette seconde étape sera facile à parcourir, maintenant que nous connaissons toutes les causes fréquentes ou rares auxquelles l'asthme peut se rapporter chez les enfants. Quant à la première, elle est aisée lorsque les accès revêtent à de faibles différences près l'apparence clinique de l'asthme des adultes. Mais telle n'est pas la règle; il n'est pas ordinaire d'observer chez des enfants âgés de moins de 5 ou 6 ans l'accès d'asthme *typique*. Trousseau ne se rappelait pas en avoir rencontré plus d'un cas. C'est la *forme bronchique* ou bronchitique, qui, d'après l'opinion à peu près unanime des observateurs (West, Gerhardt, Chaumier, Moncorvo), se rencontre dans les plus jeunes années et constitue le cachet de l'asthme infantile. Le début presque subit et sans prodrômes n'est pas la règle chez les enfants. Le plus souvent c'est au cours d'un simple rhume souvent avec coryza, d'une bronchite en apparence banale que se montre un soir une dyspnée d'une intensité insolite, hors de proportion avec les signes stéthoscopiques perçus, et bientôt entrecoupée de paroxysmes spasmodiques dans lesquels l'inspiration devient de plus en plus brève et sifflante, l'expiration de plus en plus prolongée. L'enfant est en proie à une agitation qui augmente en même temps que sa gêne respiratoire, il pâlit et ses lèvres bleuissent, le pouls devient filiforme, on voit perler des gouttes de sueur sur son front, sa poitrine et ses extrémités, qui se refroidissent par suite de l'évaporation de cette sueur. Quelquefois l'orthopnée est telle que la tête renversée en arrière, les ailes du nez battantes, le tirage forment un tableau qui ne diffère pas sensiblement de celui qu'on est accoutumé à rencontrer dans la période asphyxique des broncho-pneumonies et des bronchites capillaires. Mais ce qui permet de faire le diagnostic, quand on a pu suivre l'évolution ou qu'on s'enquiert avec soin des commémoratifs, c'est la rapidité avec laquelle ce cortège de symptômes alarmants s'est trouvé constitué; c'est l'apyrexie ou le faible degré de la fièvre.

Les phénomènes stéthoscopiques ne sont pas toujours de nature à éclairer beaucoup le diagnostic; la percussion peut donner une sonorité qui, à

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 18 novembre 1888.

peu près normale en arrière de la poitrine et sur les parties latérales, est exagérée dans les régions sous-claviculaires; on peut constater une diminution de la sonorité vers les bases. A l'auscultation, on trouve le murmure respiratoire ou bien diminué ou bien humé à l'inspiration et filé à l'expiration; des râles sibilants, plus ou moins nombreux, sont disséminés à peu près uniformément, et entremêlés de zones de râles bullaires plus ou moins fins. Bref, les signes stéthoscopiques ne sont pas pour écarter l'idée d'une hyperémie ou d'un œdème pulmonaire ; d'ailleurs, il existe très probablement dans ces cas un élément congestif important concurremment avec l'hypercrinie de la muqueuse bronchique et le spasme des muscles de Reissessen.

C'est généralement dans la première moitié de la nuit que cette invasion des accidents orthopnéiques se montre, alors que la bronchite avait été très peu accentuée dans la journée et la soirée. Il y a un rapprochement naturel à faire entre la manière dont ils apparaissent et le mode d'invasion des accès de laryngite striduleuse ; mais le spasme n'est pas glottique, il est bronchique, et les muscles expirateurs, le diaphragme sont tétanisés. D'ailleurs, on n'a pas la toux sonore et la voix rauque; la toux, nulle pendant le paroxysme, recommence après, non pas laryngienne, mais bronchique humide, grasse; l'enfant ne parle pas pendant sa crise, il est tout à ses efforts respiratoires. Au moment où le paroxysme donne le plus d'inquiétude, il commence en général à diminuer : les inspirations deviennent un peu plus longues, les mouvements respiratoires plus amples et moins précipités, d'un rhythme moins désordonné, puis la toux reparaît; l'enfant cesse de se cramponner aux personnes et aux objets environnants, il se laisse recoucher à demi sur ses oreillers, et souvent s'endort. En général, il n'y a guère qu'un accès par nuit, et la journée suivante est meilleure, souvent très bonne; la bronchite n'a pas disparu, mais il n'y a aucune dyspnée. D'autres accès d'une intensité généralement moindre peuvent reparaître dans les nuits suivantes, tandis que pendant le jour il y a rémission complète des accidents spasmodiques. On dit qu'en général les enfants, asthmatiques ou non, n'expectorent guère dans les bronchites en dehors de la coqueluche et qu'il n'y a pas à attendre d'eux après des accès d'asthme le rejet des crachats perlés et des petits cylindres fibrineux vermicelliformes. Dans un cas que j'ai vu, l'enfant sujet de bonne heure aux catarrhes bronchiques avait été éduqué par son entourage à rejeter l'expectoration ou tout au moins à la garder dans sa bouche jusqu'à ce qu'on la lui retirât avec un mouchoir ou un pinceau; dans plusieurs accès nettement asthmatiques qui accidentèrent ses catarrhes bronchiques à partir de l'âge de 4 ans, je pus ainsi recueillir ses crachats qui étaient très gluants et dont plusieurs contenaient de petites concrétions opaques.

Quand il se trouve en présence d'un enfant atteint pour la première fois d'un accès asthmatique ou asthmatiforme, le médecin en quête d'un diagnostic s'engage dans des voies différentes, suivant qu'il s'agit de la forme purement spasmodique ou de la forme bronchitique.

Quand l'asthme infantile revêt la forme à début subit nettement spasmodique, s'il s'agissait d'un enfant en bas âge, on songerait naturellement au laryngo-spasme, dit autrefois asthme thymique ou de Kopp. Mais le spasme glottique ne s'observe guère au delà de la première année pendant laquelle l'asthme n'a pas dû être souvent vu. Pendant l'accès de laryngospasme, l'apnée est absolue, on n'entend en aucune façon le murmure res-

piratoire, qui réapparaît pur et exempt de râles bronchiques dès que le spasme glottique a cessé.

Chez les enfants de la deuxième à la cinquième ou sixième année, on s'inquiétera de la laryngite striduleuse et du croup. Mais il serait vraiment oiseux de rappeler ici les éléments de ces diagnostics.

S'il n'y a rien qui attire de prime abord l'attention du côté des premières voies aériennes, on fera souvent bien de rechercher l'état de l'estomac; on s'enquerra de la manière dont l'enfant est alimenté d'ordinaire et de la façon dont il digère; est-il sujet aux indigestions, et qu'a-t-il mangé à son dernier repas? On palpera et on percutera l'abdomen avec soin. Il y a peu d'enfants chez lesquels on puisse appliquer les règles posées par mon maître M. le professeur Bouchard pour rechercher la dilatation de l'estomac par le bruit de clapotage; il est très difficile d'obtenir d'eux une immobilité suffisante, et d'ailleurs la brusquerie et l'intensité de leurs réflexes font que leurs muscles abdominaux entrent en contraction dès qu'on percute la peau de la région épigastrique ou ombilicale. Néanmoins, on le pourra chez quelques-uns; chez les autres, on constatera plus souvent la distension gazeuse de l'estomac et le bruit hydro-aérique par succussion de la totalité du corps ou du bassin. Quand on soupçonnera que l'accès asthmatiforme est en relation avec une intoxication gastro-intestinale, l'ipéca ou un purgatif sont tout indiqués, puis l'antisepsie du tube digestif. On peut faire prendre une potion contenant du salicylate de bismuth et de la magnésie avec ou sans charbon végétal; si l'enfant est assez âgé pour avaler de petits cachets, on lui en fera prendre contenant du naphtol; j'ai vu même quelques enfants à l'hôpital qui prenaient très bien du naphtol en suspension dans une potion gommeuse, malgré la saveur brûlante de ce médicament. Je fais donner des lavements d'eau naphtolée (c'est-à-dire contenant 0 gr. 20 centig. de naphtol β par litre. Dissoudre à chaud et filtrer). Il m'est arrivé d'évacuer et de laver l'estomac avec un petit tube de caoutchouc et un entonnoir faisant siphon, suivant le procédé de M. Faucher, comme notre collègue l'a recommandé récemment dans une communication à l'Académie.

Apprend-on que l'enfant toussait depuis peu de jours, on l'ausculte au point de vue de la recherche d'une bronchite capillaire ou d'une broncho-pneumonie. S'agit-il d'un enfant qu'on vous dit être sujet aux bronchites à répétitions, à l'essoufflement rapide, au sifflement respiratoire ou au cornage quand il court, on pense à l'emphysème. On ne néglige pas bien entendu l'examen du cœur et des vaisseaux.

L'adénopathie trachéo-bronchique doit être recherchée avec grand soin; car, parmi les nombreuses maladies qu'elle peut simuler, se place l'asthme. On a souvent cité le cas rapporté par M. Hérard. Un enfant de 3 ans et demi eut, pendant deux mois, des accès de dyspnée presque continuels et si violents qu'on croyait à chaque instant le voir succomber; il succomba, en effet, en état de convulsions; à l'autopsie, on trouva le pneumogastrique aminci, altéré par les masses ganglionnaires qui le comprimaient. Après avoir examinée l'état des ganglions périphériques cervicaux et axillaires, pour déceler l'adénopathie bronchique on fera un examen stéthoscopique minutieux, dont on trouvera les règles retracées, dans une clinique (1) par mon maître, M. le professeur Grancher, avec l'autorité qui lui appar-

(1) Les adénopathies trachéo-bronchiques, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* janvier 1887.

tient. L'heure à laquelle surviennent les accès asthmatiformes n'est pas sans importance; dans l'adénopathie, c'est aussi bien, c'est plutôt le jour, à l'occasion d'un effort, d'un jeu; dans l'asthme, l'accès est plus souvent nocturne.

Quand on aura conclu à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique, si elle n'est pas tuberculeuse, on instituera avec confiance la thérapeutique suivante : « Vous prescrirez l'huile de foie de morue à doses croissantes en commençant par une cuillerée à café pour arriver progressivement à 6 et 8 cuillerées à potage par jour. J'insiste sur la nécessité de commencer par une très petite dose pour arriver à des doses très élevées. Là est le secret du succès. Pour obtenir la tolérance, il faut d'ailleurs que vous fassiez les recommandations les plus minutieuses aux parents sur le mode d'administration. L'intolérance des enfants pour ce médicament découle souvent d'abord de la faute de la mère, qui fait toute la première la grimace en entendant prescrire l'huile de morue à son enfant, — grimace que celui-ci tout naturellement s'empresse d'imiter. Pour vaincre la répugnance à l'huile de morue, il faut agir comme Lasègue voulait qu'on fît pour certaines maladies, c'est-à-dire traiter d'abord l'entourage du malade. L'éducation des parents faite, vous obtiendrez ce que vous voudrez de l'enfant.

En même temps que l'huile de morue, vous prescrirez les iodiques : l'iodure de potassium ou mieux de sodium, ou encore l'iode à l'état naturel, sous forme de teinture d'iode, à laquelle G. de Mussy était arrivé à donner la préférence. Vous ferez prendre progressivement jusqu'à 20 gouttes de teinture d'iode dans du vin sucré ou de l'eau-de-vie. Cette médication devra être longtemps continuée, interrompue de temps en temps, puis reprise jusqu'à la guérison, qu'il sera souvent indispensable de consolider par une saison au Mont-Dore ou à la Bourboule. » (Grancher.)

Si les accès asthmatiformes masquent une tuberculose adéno-pneumonique, la créosote devra intervenir dans la thérapeutique sous forme d'huile de morue ou de faîne créosotée, souvent mieux tolérée par les enfants que l'huile de morue simple.

Quand on a passé en revue le thorax et l'abdomen, le moment est venu d'examiner la gorge, le pharynx et les fosses nasales au point de vue de la recherche de l'hypertrophie adéno-lymphoïde de la cavité pharyngienne; nous avons indiqué dans de récents articles la manière de procéder pour la recherche des hypertrophies amygdaliennes.

Quant à l'examen des fosses nasales, au point de vue de la recherche de végétations polypiformes, d'une rhinite hypertrophique ou ulcéreuse, pour être fait complètement, il requiert un éclairage spécial et une habitude de la rhinoscopie qui n'est guère acquise que par les spécialistes. On tentera, du moins, à l'aide des bouts arrondis de deux épingles à cheveux recourbées en crochets (Ruault), d'écarter les ailes du nez pour inspecter aussi loin qu'on pourra l'état de la muqueuse de la cloison et du cornet inférieur. Ce premier coup d'œil pourra donner des indices qui engageront à faire examiner l'enfant ensuite par un confrère ayant acquis une compétence particulière.

On ne risquera rien, dans le doute et en attendant, de faire pratiquer de grandes irrigations biquotidiennes de la muqueuse nasale avec le siphon de Weber et une solution alcaline tiède (borate et bicarbonate de soude 4 grammes, salicylate de soude 0,50 pour un litre d'eau).

Les végétations adénoïdes seront raclées ou réprimées au galvanocautère; les amygdales hypertrophiées seront réduites par l'igni-puncture.

Quand l'examen de la rate ou la notion du milieu palustre pourra faire admettre l'influence malarique, le chlorhydrate de quinine sera administré dans du sirop de café. La notion d'hérédo-syphilis ne fera que confirmer l'emploi des iodures alcalins, mais à des doses plus élevées que dans l'asthme des sujets non syphilitiques. Il ne semble pas qu'on ait à espérer rien du mercure.

Enfin, si par exclusion de toutes les causes précédentes de dyspnée asthmatique, on pense avoir affaire seulement à ce qu'on est convenu d'appeler l'asthme essentiel, on se trouve amené à recourir aux médications qui, chez les adultes, ont fait le mieux leurs preuves, les iodures alcalins (G. Sée), les bains d'air comprimé et les divers procédés de la pneumothérapie, malheureusement peu applicables en dehors de Paris et de quelques grandes villes.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur l'emploi des iodures, sinon que l'iodure de sodium est préférable à celui de potassium étant moins toxique (Bouchard), ce qui n'est pas à dédaigner pour une médication d'assez longue durée.

M. Moncorvo dit avoir eu les plus grands succès avec la lobélia inflata sous forme de teinture à des doses beaucoup plus élevées qu'on ne l'employait jusqu'ici. C'est de 6 à 12 grammes, à prendre en vingt-quatre heures dans un julep, que le professeur brésilien prescrit la teinture de lobélia, chez de tous jeunes sujets, sans avoir jamais eu à constater d'accidents.

Le traitement de l'accès comporte l'inhalation de certaines substances volatiles, l'iodure d'éthyle dont M. Chaumier dit avoir eu à se louer, les fumigations de datura, le classique papier nitré. M. Moncorvo a adopté les inhalations de pyridine, préconisées par M. Sée. On verse le liquide sur la partie la plus large d'un mouchoir placé devant la poitrine et attaché au cou. Dans ces conditions, les enfants peuvent se déplacer à leur aise sans jamais se soustraire à l'inhalation des vapeurs qui se dégagent. Cinq gouttes de pyridine, renouvelées trois à quatre fois par jour, ont amené dans la généralité des cas une amélioration très prompte, et, au bout d'un temps assez court, la cessation complète de tous les phénomènes.

M. Moncorvo n'a jamais eu l'occasion d'employer les injections hypodermiques de morphine pendant l'accès d'asthme.

On fera bien d'user avec modération des révulsifs sur la peau, sinapisation, etc. L'excitation cutanée ne produit pas toujours l'inhibition des phénomènes spasmodiques chez les petits névropathes en mal d'asthme; elle les augmente quelquefois. Pour cette raison et par crainte de causer des désordres locaux, je n'oserais pas essayer l'attouchement, même très léger et très rapide, du pharynx avec un pinceau imbibé d'ammoniaque, dont il est fait mention dans des livres encore classiques.

P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

De l'administration du tannin dans la tuberculose.

Depuis que, grâce à l'initiative du professeur Verneuil, l'étude de la tuberculose est venue occuper dans les questions actuelles la place qui lui convient, de nombreux travaux ont surgi de toute part et cet important problème semble engagé dans une voie qui permet d'espérer une solution prochaine qui sera la consécration de ces belles paroles de Gueneau de Mussy : « Non seulement la phthisie peut guérir, mais elle peut guérir à tous les degrés. » (*Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1860.)

Parmi les divers modes de traitement mis en avant, les uns n'ont pas justifié les espérances qu'ils avaient fait naître, les autres ont des inconvénients et des dangers qui ont dû les faire abandonner.

M. le professeur Raymond et le docteur Arthaud ont remis à l'ordre du jour l'importante question du traitement par le tannin, qui semblait délaissée malgré les excellents résultats obtenus antérieurement par Woillez et Duboué (de Pau). En 1883, la thèse très remarquée du docteur Bertrand fit ressortir les avantages de cette médication.

Plus tard, dans le premier fascicule des *Études sur la tuberculose*, MM. Raymond et Arthaud publièrent leurs résultats personnels. Cette monographie attira l'attention des praticiens, et au Congrès de Wiesbaden la question fut remise à l'ordre du jour.

De nombreux travaux français et étrangers sont venus confirmer les résultats annoncés.

Il y a déjà plus de vingt ans qu'un savant praticien, le docteur Kœnig, avait constaté que le tannin administré à l'intérieur avait une action astrictive locale presque nulle et, d'après Hayem, « le tannate alcalin formé est dépourvu d'action sur les matières albuminoïdes et absorbé par la muqueuse du tube digestif, il permet au tannin de pénétrer peu à peu dans la circulation. »

Grâce à ses puissantes propriétés antiputrides, le tannin incorporé dans l'économie met obstacle à l'évolution des bacilles et arrête leur prolifération.

Après avoir reconnu les inconvénients de son administration à l'état de nature, le docteur Kœnig s'est arrêté à la préparation qu'il a appelé *Elixir antituberculeux du docteur Kœnig*, dans laquelle le tannin rendu assimilable dans un agréable véhicule alcoolique est additionné de médicaments réparateurs. Cette forme permet d'administrer les doses qu'il est nécessaire d'atteindre pour obtenir le maximum d'action tout en étant parfaitement supporté par les malades.

En joignant à cet *Elixir* une alimentation forcée, exagérée autant que possible, le docteur Kœnig a obtenu, chez la plupart des malades soumis à ce traitement, la disparition de la fièvre hectique et des sueurs nocturnes en même temps qu'une amélioration générale très sensible, confirmée par une augmentation de poids progressive et persistante (1).

De l'albuminate de fer soluble dans la chloro-anémie.

Il est scientifiquement admis aujourd'hui que les globules rouges du sang proviennent de la transformation des globules blancs, et récemment M. le professeur Sappey a pu suivre toutes les phases de cette transformation.

Il nous a paru intéressant de comparer la composition chimique de ces deux éléments afin de bien démontrer l'intérêt qu'il y a à fournir à l'économie les éléments qui manquent au globule blanc pour arriver à l'état de globule rouge.

Semblables aux globules de la lymphe, les leucocytes, lorsqu'on les gonfle par l'eau et qu'on les traite par l'acide acétique, ne montrent qu'un ou plusieurs noyaux; le glo-

(1) M. Laboureur, pharmacien, 2, boulevard Raspail, à Paris, seul préparateur autorisé de M. le docteur Kœnig, enverra des échantillons à MM. les médecins qui désireront expérimenter cette médicamentation.

bule rouge, au contraire, contient de la globuline, matière de nature albuminoïde; de l'*hémoglobine*, matière colorante renfermant 0,34 p. 100 de fer, puis enfin des sels de potasse.

Nous ne saurions trop insister sur cette présence de la potasse dans les glubules rouges, à l'exclusion des sels de soude qui restent dans le liquor. La conclusion qui se présente d'elle-même, dans ces conditions, c'est que lorsqu'on a spécialement en vue la reconstitution de l'élément figuré du sang, il y a nécessité absolue à employer de l'albumine, du fer et des sels de potasse à l'exclusion des sels de soude.

L'albuminate de fer en solution dans une liqueur faiblement alcaline est physiologiquement la reproduction des globules rouges et les résultats cliniques, si remarquables, obtenus par l'usage de la *liqueur Laprade* à l'albuminate de fer soluble en sont la preuve la plus convaincante.

L'albuminate de fer est le plus assimilable des ferrugineux, dit M. le professeur Gubler; cette préparation n'occasionne ni constipation ni troubles gastriques et les malades les plus débilités la supportent parfaitement. La dose normale est d'une cuillerée à chaque repas. Dr THIÉBAULT.

De l'emploi simultané des peptones et des phosphates de chaux comme reconstituants.

Les phénomènes physiologiques, très complexes, qui ont trait à la nutrition en général sont loin d'avoir reçu de nos jours une explication satisfaisante, et il n'y a guère qu'au point de vue des résultats intimes de cette nutrition que nous puissions affirmer nos connaissances à peu près complètes.

En effet, tout ce qui a trait au *bilan nutritif de l'organisme*, c'est-à-dire à la *ration physiologique d'entretien,* doit varier non seulement avec les individus et les climats, mais encore et surtout avec l'état de maladie et l'état de santé.

Dans les maladies de consomption, alors que l'alimentation doit compenser les pertes continuelles de l'organisme; dans les convalescences si longues de la dothiénentérie, où la réparation des forces est si importante; chez les enfants scrofuleux et rachitiques dont le développement est long et pénible, il faut avoir recours aux reconstituants énergiques, et dans ces conditions l'usage simultané des peptones comme aliments et du chlorhydro-phosphate de chaux comme stimulant rend les plus grands services.

La préparation de *peptone phosphatée*, connue sous le nom de *vin de Bayard*, répond absolument aux besoins de la thérapeutique, et les expériences nombreuses faites dans les hôpitaux ne laissent aucun doute à ce sujet. Le vin de Bayard se prend à la dose d'un verre à liqueur au commencement des repas. C'est le reconstituant physiologique le plus rationnel et son efficacité a été spécialement constatée dans la thérapeutiqne infantile. Dr P. BLONDEL.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA THYROÏDECTOMIE, par le docteur H. CHRÉTIEN, ancien interne des hôpitaux de Paris. — G. Steinheil, 1888.

Voici le résumé de l'excellente thèse consacrée par M. Chrétien à ce sujet plein d'actualité.

Pendant l'antiquité et le moyen âge, les tumeurs du corps thyroïde ont été confondues avec les affections des autres organes du cou. Ambroise Paré et Fabrice de Hilden parlent avec précision, pour la première fois, du goître et de la thyroïdectomie.

Exécutée au XVIIIe siècle, surtout en Allemagne, cette opération est bientôt abandonnée en France, après les insuccès de Desault et de Dupuytren. A partir de 1808, quelques tentatives heureuses sont faites par Roux, Voisin et Sédillot. Mais c'est seulement en 1880 que, sous l'impression favorable produite par les statistiques allemandes, les chirurgiens français prononcent la réhabilitation de la thyroïdectomie.

En 1882, J. Reverdin découvre le myxœdème opératoire, syndrome grave, qui reconnaît pour cause la suppression complète des fonctions du corps thyroïde. Dès lors, l'extirpation totale de la glande n'est plus permise physiologiquement, si ce n'est dans des circonstances exceptionnelles. A l'extirpation partielle, adoptée par presque tous les chirurgiens, s'ajoute, en 1886, un procédé opératoire déjà décrit par Porta (de Pavie) il y a quarante ans. Cette méthode, préconisée par Socin sous le nom d'énucléation ou d'extirpation intra-glandulaire, consiste à enlever la tumeur en respectant le parenchyme thyroïdien qui l'enveloppe.

Tandis que l'extirpation totale doit être réservée à peu près exclusivement aux tumeurs malignes, les hypertrophies partielles, les kystes, les goîtres adénomateux circonscrits relèvent de l'extirpation incomplète, et surtout de l'énucléation intra-glandulaire.

Outre les accidents communs à toutes les plaies, la thyroïdectomie est suivie, quelquefois, de modifications de la voix plus ou moins durables. Elle se complique également, surtout chez la femme, de tétanie, d'hystérie, et de troubles cérébraux.

Les tumeurs qui se développent aux dépens des glandes thyroïdes accessoires sont naturellement justiciables de l'extirpation totale. Leur ablation ne présente de difficultés que dans quelques cas rares d'ectopie intra-trachéale.

Grâce à l'application rigoureuse des doctrines antiseptiques, et aux progrès de l'hémostase, la thyroïdectomie, jadis si meurtrière, donne aujourd'hui d'excellents résultats.

Hémispasme glosso-labié des hystériques, par le docteur R. Bélin, ancien interne lauréat des hôpitaux de Dijon, ancien externe des hôpitaux de Paris et de la clinique du système nerveux. — Paris, H. Jouve, 1888.

La thèse de M. Belin, très soigneusement faite sous l'inspiration de son maître M. le professeur Charcot et de M. le docteur Marie, médecin des hôpitaux, développe les conclusions suivantes :

Il existe, chez les hystériques, une déviation de la face caractérisée par une contracture des muscles de la face du côté dévié. C'est l'hémispasme glosso-labié des hystériques.

Ce syndrome se présente soit isolé, soit plus fréquemment combiné à l'hémiplégie hystérique.

Le spasme unilatéral glosso-labié présente beaucoup d'analogies avec la paralysie faciale ; ainsi s'explique l'opinion de certains auteurs, affirmant que dans l'hémiplégie hystérique, la paralysie s'étend à la face.

Au moins, jusqu'à ce jour, la paralysie faciale n'a pas été rencontrée dans l'hémiplégie hystérique.

Réciproquement quand, chez un hémiplégique, on constate une paralysie faciale nettement caractérisée et survenue en même temps que la paralysie des membres, on est en présence d'une hémiplégie organique.

La sensibilité est diminuée ou abolie du côté du spasme.

REVUE DES JOURNAUX

Carcinome de l'estomac et condurango. — Le condurango (écorce du *Gonolobus condurango*, Richard, ou *Marsdenia condurango*, Brown ; — Asclepiadacée indigène de l'Equateur et du Pérou, spécialement de la province péruvienne de Loja), a été introduit dans la pratique médicale par Friedreich en 1874, et, après avoir été accueilli avec enthousiasme, est tombé dans l'oubli. Mais voici que tout récemment il a été soumis à une investigation méthodique par Immermann et par Riess. Ce dernier en limite l'emploi entièrement au traitement du carcinome de l'estomac, et, comparant 90 cas où le condurango a été employé avec 116 cas où le condurango n'a pas été prescrit, il admet que la vie des malades a été souvent prolongée d'une manière considérable dans les cas de la première catégorie. Orszewcky et Erichsen pensent que l'usage de l'écorce de con-

durango stimule le développement du tissu connectif, et en même temps la désagrégation des éléments cellulaires du cancer. Le professeur Ewald (*London medical Recorder*, 20 août 1888) admet l'effet favorable du condurango sur l'état général des malades atteints de carcinome de l'estomac. « C'est avec raison, dit-il, que, par suite des observations importantes de Riess, on a recours fréquemment dans la pratique à cet agent thérapeutique. Il modifie avantageusement le catarrhe gastrique concomitant; il suit de là que, en dehors du cancer, il constitue un excellent remède stomachique toutes les fois que la membrane muqueuse gastrique est le siège d'un catarrhe véritable, c'est-à-dire révélé par la sécrétion d'un liquide muco-séreux, plus ou moins purulent. » (*The therap. Gazette*, 15 novembre 1888.) — R.

Traitement de l'obésité. — On peut lire dans *The therapeutic Gazette* du 15 novembre 1888, un article intéressant sur ce sujet. Nous en extrayons la partie consacrée au traitement dit allemand, parce qu'il a une grande vogue dans les pays d'outre-Rhin, où l'on sait que l'obésité est loin d'être rare et atteint souvent un degré considérable. Voici comment les indications ont été posées : 1° élever le ton, la force musculaire du cœur. — 2° Maintenir la composition normale du sang. — 3° Régler la quantité de liquide dans l'économie. — 4° Empêcher le dépôt de la graisse.

On satisfait à ces indications par les moyens qui suivent :

1° Le muscle cardiaque est tonifié par l'augmentation de l'exercice physique, par exemple, par l'action de gravir des lieux élevés. Ce procédé exige beaucoup d'attention ; les exercices doivent être graduels et la dose de travail doit être accrue selon que le patient peut la supporter.

2° Pour que la composition normale du sang soit conservée il faut que l'alimentation soit principalement albumineuse. Elle peut se composer de maigre de bœuf rôti ou bouilli, de veau, de mouton, de gibier et d'œufs. On peut ajouter des légumes verts, comme les choux et les épinards. La graisse et les substances hydro-carbonées ne doivent être admises qu'à très petite dose. Le pain ne doit pas dépasser 120 à 180 grammes par jour.

3° On règle la quantité de liquide contenue dans l'économie en limitant chaque jour la quantité des boissons. Environ 180 grammes de café, ou de thé ou de lait, le matin et le soir, à peu près 360 grammes de vin, et de 240 à 480 grammes d'eau, complètent la ration de liquide absorbée dans les vingt-quatre heures. La bière est formellement défendue. La transpiration est excitée par un exercice énergique, et occasionnellement par une série de bains avec enveloppement.

4° Le dépôt de la graisse est combattu par la mise en pratique, comme suit, des principes de diététique qui viennent d'être exposés :

Le matin. — La tasse de thé ou de café avec un peu de lait, représentant en totalité environ 180 grammes ; et à peu près 90 grammes de pain.

Midi. — De 90 à 120 grammes de soupe, de 210 à 240 grammes de bœuf rôti ou bouilli, de veau, de gibier, de la salade ou un légume plus léger, un peu de poisson si l'on en désire, mais cuit sans graisse, 30 grammes de pain ou de pudding farineux (jamais plus de 90 grammes), de 90 à 180 grammes de fruits de la saison pour dessert. Il est préférable de ne point boire à ce repas, mais dans les temps chauds, ou quand il n'y a point de fruits, on peut prendre de 180 à 240 grammes d'un vin léger.

L'après-midi. — La même quantité de café ou de thé que le matin, avec, tout au plus, 180 grammes d'eau, et 30 grammes de pain comme concession exceptionnelle.

Le soir. — Un ou deux œufs à la coque, 30 grammes de pain, peut-être une petite tranche de fromage; salade et fruits; 180 à 240 grammes de vin, avec 120 à 150 grammes d'eau.

On demande souvent aux praticiens des moyens de maigrir ; il est bien entendu que les praticiens ne doivent répondre à cette demande que lorsqu'il y a réellement obésité. Or, le régime ci-dessus réussit généralement en Allemagne, et il paraît, en effet, bien conçu. Mais nous croyons qu'il est difficile de l'appliquer d'emblée dans toute sa rigueur, qu'il est prudent de l'établir graduellement, et que les effets doivent en être suivis avec soin par le médecin. — R.

De quelques nouvelles médications.

Traitement des douleurs d'oreilles, par M. Morpurgo. (IVe Congrès d'otologie, 1888.)

Dans les cas d'otite moyenne douloureuse, il faut employer des solutions phéniquées au 1/10 faites dans la glycérine. Le plus généralement, les douleurs se calment sans suppuration.

Cette méthode doit être employée, soit en instillations dans l'oreille, soit en badigeonnages sur le tympan, avec un pinceau.

De l'emploi de l'acide lactique dans la tuberculose du larynx, par W. Oltuszewski, de Varsovie. (*Revue de laryngologie*, octobre 1888.)

L'auteur rapporte 9 cas de phthisie laryngée ulcéreuse traités par l'acide lactique, il a eu 6 guérisons complètes, 1 incomplète, 1 amélioration et 1 seul résultat négatif.

L'acide lactique modifie très vite les ulcérations tuberculeuses du larynx accessibles à son action. Sur la paroi postérieure, l'action est encore favorable, quoique lente. Le topique facilite la déglutition et améliore la voix.

Quand il y a infiltration périphérique et granulations autour des ulcérations, il faut d'abord gratter avec la cuillère tranchante.

La guérison n'est obtenue qu'avec le traitement général concomitant et dépend aussi du stade de la maladie.

Du lymphome malin et de son traitement pat les injections interstitielles d'arsenic, par M. H. Barth. (*Gazette hebdomadaire*, 1888, 48 et 49.)

Nous appelons tout spécialement l'attention de nos lecteurs sur les conclusione de ce travail.

Pour mettre de son côté les meilleures chances de succès, on fera bien de se conformer aux règles suivantes :

1° Commencer d'emblée le traitement, à la fois par les injections et par l'arsenic à l'intérieur;

2° Donner la liqueur de Fowler associée à une égale quantité de teinture de Mars tartarisée à la dose initiale de dix gouttes avant chaque repas; augmenter d'une goutte tous les deux ou trois jours, jusqu'à l'apparition des signes d'intolérance; diminuer ensuite graduellement jusqu'à la dose initiale, et recommencer après dix jours de repos ;

3° Pratiquer tous les jours, ou tous les deux jours si le malade est sensible et faible, une injection de trois à dix gouttes de liqueur de Fowler pure, d'abord dans les divers ganglions engorgés; puis, quand l'état de ceux-ci ne le permet plus, dans la peau des lombes et du ventre ;

4° Ne négliger aucune précaution pour éviter les abcès; employer une séringue spéciale; plonger avant chaque injection l'aiguille dans l'eau bouillante; renouveler la liqueur de Fowler tous les quatre ou cinq jours; laver à l'eau phéniquée chaude la région qu'on doit piquer; faire pénétrer la liqueur lentement et sans efforts; oblitérer la piqûre avec un taffetas adhésif;

5° En cas de diminution des glandes, ne pas se contenter d'une amélioration pertielle ; continuer le traitement rigoureusement jusqu'à la disparition complète de *toutes* les tumeurs; faire continuer au malade l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur pendant plusieurs années;

6° En cas de non réussite, n'abandonner la partie qu'après quatre à cinq mois au moins de traitement intensif.

M. Barth insiste sur ce fait que le traitement est long et pénible. Il y a presque constamment des douleurs névralgiques, les abcès sont difficiles à éviter, même avec toutes les précautions ; souvent il y a des phénomènes d'intoxication.

Malgré tout, il faut persévérer, car c'est là le seul moyen de sauver le malade.

DES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE, par le docteur H. GUINIER. (*Revue mensuelle de laryngologie*, octobre 1888.)

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Bien que dites *sulfureuses*, les eaux thermo-minérales de Cauterets, bien maniées, exercent une action thérapeutique que l'on ne saurait identifier avec celle des *sulfureux* envisagés d'une manière générale ;

2° Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est (et ce ne sont pas les moins sulfureuses) qui exercent primitivement une action sédative, antispasmodique, hyposthénisante, antiphlogistique, puisque, employées en bains, elles éteignent directement la chorée, l'eczéma humide, les névralgies rhumatismales (fontaines *Petit-Saint-Sauveur*, *Pauge vieux*, *Le Bin)* ;

3° Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est une qui exerce une action très remarquable sur l'innervation et la nutrition, qu'elle régularise et stimule de manière à rétablir les fonctions organiques générales, perverties ou épuisées par les dyscrasies les plus graves, telle que la tuberculose.

Cette fontaine exerce, de plus, une action élective des plus singulières et des plus favorables sur les tissus et l'innervation nutritive des organes respiratoires et, en particulier, sur la muqueuse laryngo-bronchique, et sur la muqueuse du pharynx et des fosses nasales (fontaine Raillère).

4° Employée en boissons, en bains, ou, topiquement, sur la muqueuse accessible des voies laryngo-bronchiques, en pulvérisations, gargarismes, etc., utilisée seule ou associée avec d'autres sources sulfureuses de Cauterets, l'eau de la fontaine Raillère peut améliorer et guérir la phthisie laryngée la plus authentique, même à une période avancée.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE PHYSIOLOGIQUE ET CHIMIQUE DE LA MORPHINE : I. *Altérations des solutions aqueuses des sels de morphine.* — II. *Transformation de la morphine dans l'organisme*, par Alph. LAMAL. (*Bulletin de l'Académie de Belgique*, 1888, 8.)

Voici les principales conclusions de cet important mémoire :

A. — 1° Les solutions aqueuses des sels de morphine préparées avec une eau bidistillée et un sel de morphine complètement pur sont inaltérables lorsqu'on les conserve à l'abri de la lumière et des poussières de l'atmosphère ;

2° L'aspect trouble qui se produit dans les solutions de cet alcaloïde provient du développement des micro-organismes ;

3° La coloration jaune, la réaction acide et les cristaux qui s'y forment reconnaissent comme facteurs la lumière ou les ferments organisés ;

4° La coloration jaune est provoquée par la transformation de la morphine en une substance amorphe qui paraît être la morphétine de M. Marchand ;

5° Les cristaux parviennent de l'oxydation de la morphine ou oxymorphine ;

6° La réaction acide est due à la morphétine et aux sels d'oxymorphine ;

7° Il ne se forme pas d'apomorphine dans les solutions aqueuses de sels de morphine.

B. — 1° La morphine, en circulant dans le sang et dans les tissus, se transforme en oxymorphine ;

2° Celle-ci s'élimine par les urines ;

3° Cette oxydation est tantôt complète, tantôt incomplète et alors une partie de la morphine se retrouve comme telle dans les urines ;

4° Dans les recherches toxicologiques de la morphine, on recherchera, à côté de cet alcaloïde, un premier produit d'oxydation, l'oxymorphine, dans le sang, les urines et les organes vasculaires. Ceci est de toute importance, d'abord parce que toute la morphine peut être transformée en oxymorphine, ensuite parce que la découverte de l'oxymorphine est une nouvelle preuve de la présence de la morphine, dont les caractères de précipitation et de coloration sont moins nets que ceux de l'oxymorphine. — P. R.

FORMULAIRE

Sirop contre l'asthme.

Iodure de potassium...............	1 gramme.
Extrait thébaïque....................	0 gr. 10 centigr.
Sirop de café........................	150 grammes.

Faites dissoudre. — A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Elever graduellement la dose d'iodure de potassium jusqu'à 3 grammes, sans tenir compte de l'apparition du coryza. — Inspirer, deux fois par jour, 6 gouttes d'iodure d'éthyle. — On peut tenter d'appliquer le même traitement à l'emphysème pulmonaire. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les femmes-médecins aux Indes. — Une Société ayant pour but d'organiser des secours médicaux pour les femmes indigènes par les soins des femmes-médecins, fonctionne avec beaucoup de succès aux Indes Britanniques, sous le patronage de lady Dufferin, la femme du vice-roi. Les femmes qui appartiennent à la profession médicale se divisent, d'après leur degré d'instruction, en trois catégories : doctoresses diplômées, dames aides-chirurgiens et aides des hôpitaux. Toutes sont, en général, mieux rétribuées que leurs collègues du sexe masculin occupant des emplois analogues.

Les dames-médecins font presque toutes leurs études en Europe ou en Amérique. On a l'intention de fonder bientôt aux Indes une école de médecine destinée spécialement aux femmes hindoues. Des écoles inférieures de médecine existent déjà dans le pays et comptent près de 200 élèves. En outre, au commencement de l'année courante, il y avait 24 étudiants au *Medical College* de Calcutta, et 29 au *Grant Medical College*. La première Faculté de médecine qui admit les femmes au nombre de ses élèves fut celle de Madras, dont sont déjà sorties 6 femmes-médecins.

COURRIER

Par décret, en date du 10 décembre 1888, M. Ditte, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris.

— Sur la proposition du directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. le docteur Th. David, un congrès international dentaire se tiendra à Paris, pendant l'Exposition universelle de 1889. Sont nommés membres du comité d'organisation :

MM. les docteurs David, Gaillard, Marchandé ; MM. Blocman, Brasseur, Chauvin, Crignier, Damain, Dubois, Dubrac, Ducourneau, Godon, Kuhn, Papot, Poinsot, Pourchet, Ronnet et Saussine.

— Le tribunal correctionnel vient de condamner à 200 francs d'amende un employé de commerce, ancien étudiant en médecine, qui a fait subir, à toutes les servantes d'une brasserie, une inspection médicale, en se faisant passer pour médecin chargé d'un nouveau service sanitaire créé par la préfecture de police.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'échéance des accidents contagieux dans l'évolution de la syphilis. Véhicules du contage syphilitique.

Par A. MOREL-LAVALLÉE,

Ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, Lauréat de la Faculté.

Si nous laissons de côté l'accident primitif, dont la nature contagieuse n'a jamais fait de doute pour personne, nous trouverons que l'élément principal de la contagion est la *plaque muqueuse*, c'est-à-dire les *syphilides muqueuses secondaires*, auxquelles certains médecins, plus cliniciens que dermatologistes, ont assimilé, par un contre-sens de terminologie, les papules cutanées devenues suintantes par suite de leur situation dans les plis de la peau et de l'incurie des malades.

La plaque muqueuse, ou, pour employer un langage plus scientifique, *la syphilide érosive des muqueuses*, est l'accident secondaire par excellence, c'est-à-dire un accident précoce, multiple et disséminé, superficiel, non ulcéreux, — c'est une érosion quelquefois même légèrement saillante, *syphilide papulo-érosive*, — résolutif, ne laissant pas de cicatrices, disparaissant spontanément après un temps plus ou moins long et cédant facilement au traitement spécifique. Sa contagiosité, niée dans le principe par Ricord lui-même, a été définitivement établie par les expériences de Clerc et de Bassereau.

Eh bien, puisque c'est là la manifestation de la vérole qui, par excellence, — on pourrait même presque dire, au point de vue pratique, *exclusivement*, — va transmettre le contage virulent, pouvons-nous savoir dans quelles limites chronologiques de l'évolution de la syphilis se circonscrit l'apparition des plaques muqueuses? Elles se montrent, pour la première fois, au début de l'affection secondaire, c'est-à-dire vers le quarante-cinquième jour après la naissance du chancre, puis alors (et cela selon les aptitudes morbides individuelles des sujets), ou bien elles évoluent par poussées d'une quinzaine de jours en moyenne, espacées de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, ou bien elles persistent et récidivent un certain temps *in situ* (plaques muqueuses buccales chez les fumeurs), mais, de toutes les façons, après avoir présenté leur maximum de fréquence et de persistance pendant les 3, 6, 12, 18 premiers mois, elles se font de plus en plus rares à partir de la deuxième année pour atteindre le point le plus bas de la courbe schématique figurant leur évolution vers la quatrième et cinquième année, époque à partir de laquelle on ne les voit plus qu'à l'état d'exception.

Mais ici il est besoin de spécifier nettement, cette marche des accidents secondaires des muqueuses est celle qui s'observe : *A*. Chez les gens qui se soignent : 1° au point de vue du traitement spécifique général et du traitement local ; 2° au point de vue des soins d'hygiène et de propreté ; — *B*. Dans les syphilis bénignes, dont rien ne vient contrarier l'évolution normale, ou appeler les manifestations sur un point particulièrement vulnérable de l'économie (exemple : syphilides buccales et gutturales des fumeurs et des chiqueurs).

Ce fait de la contagiosité maximum de la syphilis dans les premiers mois, décroissant ensuite progressivement, est de notion tellement vulgaire qne nombre d'étudiants répètent familièrement entre eux « qu'il ne faut pas prendre des femmes trop jeunes, pour leur laisser le temps *d'avoir eu* la syphilis ». Malheureusement ce dicton populaire, pour être bien fondé d'une façon générale, n'en est pas pour cela infaillible, à preuve l'anecdote que voici :

Dans les premiers temps que nous avions l'honneur d'être le chef de clinique du professeur Fournier, nous vîmes un jour venir à l'hôpital Saint-Louis un jeune étudiant porteur d'une lésion présentant objectivement l'aspect du chancre syphilitique. Comme M. Fournier lui faisait part de ses craintes : « Ce n'est pas possible, répondit ce jeune homme ; je n'ai eu de rapports qu'avec une seule femme qui a eu la syphilis il y a quatre ans passés ; je l'ai prise pour maîtresse *à cause de cela!* » Trois semaines plus tard, l'explosion secondaire venait corroborer la parole du maître.

Ainsi il peut donc y avoir des plaques muqueuses après la quatrième année de la syphilis? Oui, certes, et elles ont été observées par les autorités les plus compétentes, entre autres par le vénérable doyen de la syphiliographie lyonnaise, M. Diday, et ce, spécialement toujours chez les fumeurs. Seulement, il y a un consolant correctif : 1° Toutes les « plaques » de la langue ne sont pas des *érosions secondaires* (voir plus loin) ; 2° M. Diday estime que, pour apprécier la contagiosité d'un accident syphilitique, il faut tenir compte non seulement de la forme de cet accident, mais aussi de l'âge de la vérole auquel il se produit... N'est-il pas plus que probable, en effet, que les gommes précoces des formes galopantes sont virulentes au même degré que des syphilides muqueuses superficielles de la même période ?

Peut-on évaluer le temps pendant lequel la vérole est contagieuse, ou mieux, pendant lequel elle est *transmissible?* Et d'abord, quels sont ses modes de transmissibilité ?

I. Inoculabilité. — A. *Période secondaire,* dite *virulente*. — Où réside le contage? 1° Chancre, plaques muqueuses. — Papules cutanées (c'est-à-dire les humeurs, sang et lymphe, circulant dans le derme à leur niveau).

2° *Sang*. — Les expériences de Celso Pellizari (1860) ont prouvé que le sang était contagieux à la période secondaire. Trois médecins italiens, Borgioni, Passigli et Rosi s'offrirent à recevoir, sur des scarifications faites au bras, un pansement avec de la charpie trempée dans une palette de sang provenant d'une saignée faite à une femme en pleine syphilis secondaire. Un seul de ces trois médecins fut victime de son dévouement à la science, ce fut celui qui fut pansé le premier, *presque aussitôt après la saignée.* L'expérience de C. Pellizari prouve donc que le sang *peut* être contagieux à la période secondaire, mais il ne l'est pas fatalement ; celui qui

écrit ces lignes, en pratiquant jadis une opération, se fit à la main trois profondes coupures. Or, le malade était porteur de deux magnifiques chancres indurés à peine cicatrisés. L'opérateur était et demeura indemne de toute syphilis. Il reste d'ailleurs à savoir si le sang de la période secondaire est virulent constamment, ou seulement par intervalles (par exemple, au moment des poussées de la maladie), si sa virulence est égale où qu'on le prenne, loin ou auprès d'un syphilome, etc.

3° *Humeurs; sécrétions.* — La *lymphe vaccinale* pure, même privée de toute particule sanguine, est virulente, ainsi qu'en témoignent les expériences du docteur Cory (de Londres), qui, de 1878 à 1881, s'inocula à quatre reprises différentes avec du liquide vaccinal pur et eut, la dernière fois, le malheureux succès de produire sur lui-même deux chancres indurés.

Le *lait* d'une nourrice syphilitique n'est pas contagieux, mais l'allaitement d'un enfant sain doit lui être interdit, attendu qu'il peut se mêler au lait du sang ou du pus provenant d'excoriations spécifiques ou même vulgaires du mamelon. A ce point de vue, il en est de la syphilis comme de la tuberculose.

B. *De la non-inoculabilité supposée des accidents tertiaires.* — La vérité est qu'on ne sait absolument rien de certain à ce sujet. On suppose que le bourbillon d'une gomme survenue dans la dixième année d'une syphilis n'est pas contagieux, mais en est-on bien sûr? Tout d'abord, si à la période (dite à cause de cela) *virulente,* le sang liquide, non spécifique par lui-même, est contagieux, il est vraisemblable, nous l'avons dit, que les ulcères gommeux précoces doivent fournir des produits de sécrétion inoculables. Pourquoi donc est-on resté dans l'ignorance au sujet de la contagiosité du tertiarisme? Parce que les accidents d'ordre tertiaire sont à l'ordinaire isolés ou discrets, mais volumineux; énormes, en comparaison des accidents secondaires et ne pouvant donc, comme ceux-ci, passer inaperçus; ulcératifs et par cela même douloureux aux manipulations, c'est dire qu'on sera rarement exposé au contact éventuel de leurs produits de sécrétion et à une contagion possible par leur fait.

II. Hérédité ou hérédo-contagion. — C'est là un chapitre bien connu; nous ne dirons à ce propos que quelques mots. On sait quelle polyléthalité occasionne dans les familles la syphilis, qui est la principale cause de stérilité. La syphilis du produit est la règle quand la mère est syphilitique, moins fréquente quand le père seul est spécifique; elle a le maximum de chances pour se produire quand les deux auteurs sont syphilitiques (*hérédité biparentale à facteurs convergents*). Mais cette hérédité n'est jamais *fatale.* On peut la conjurer par un traitement spécifique, — je veux dire mercuriel, — 1° chez le père au moment de l'infection; puis, plus tard, à l'époque du mariage et avant l'imprégnation; 2° chez la mère avant la conception et pendant la grossesse. D'une façon générale, les chances d'hérédité pour ses descendants sont bien diminuées, sinon éteintes, pour un homme après la troisième année qui a suivi sa syphilisation, s'il s'est assujetti à un traitement sérieux. Toutefois, chez des parents où la syphilis n'est pas éteinte, ou a été mal soignée, il faut bien retenir ceci, que *le traitement mercuriel ne vaut que pour l'enfant à propos duquel il a été institué.* De cela nous trouvons la preuve la plus démonstrative dans le fait de Turman, cité récemment par M. Diday dans une leçon faite à Paris à l'hôpital Saint-Louis. Voici ce cas : Une femme syphilitique, sur sept gros-

sesses, avait eu sept fois des avortements ou des enfants mort-nés ou syphilitiques; elle fait un traitement spécifique lors d'une huitième et d'une neuvième grossesse; les enfants naissent sains. A une dixième grossesse, pas de traitement; enfant infecté. Une grossesse; traitement spécifique; enfant sain.

III. Syphilis par conception. — Est-il besoin de rappeler ici les célèbres Lois de Colles et de Propheta? Cela sortirait de notre sujet. Disons seulement, à propos de la première, que nombre d'auteurs, et parmi eux J. Hutchinson, se demandent si l'immunité dont jouit la mère, apparemment indemne à l'égard de son nourrisson syphilitique, ne tiendrait pas à ce qu'elle aurait acquis par conception une syphilis bénigne latente, mais latente seulement peut-être jusqu'à l'éclosion éventuelle de manifestations tertiaires éloignées.

Quoi qu'il en soit, nous venons de passer en revue, brièvement, il est vrai, les trois modes de transmission possibles de la syphilis; tous doivent être dans l'esprit du médecin qui va donner son avis sur un projet de mariage ou régler l'hygiène de la vie de famille. Quant à nous, nous n'en retiendrons qu'un seul, celui qui a trait à la transmission par contagion directe, et nous nous demanderons s'il est possible de fixer les limites chronologiques entre lesquelles se renfermeraient les apparitions d'accidents contagieux.

La réponse est malheureusement facile; non, il n'est pas possible, actuellement, de fixer le mois et même l'année où doivent disparaître les dernières manifestations contagieuses de la vérole. A quoi tient donc cette incertitude de notre part? A plusieurs raisons, qui sont, en laissant de côté les difficultés inhérentes à ce qui a trait pour cela aux accidents tertiaires :

1° L'inconstance du virus, même à la période secondaire, sauf pour celui qui réside dans les sécrétions du chancre et des plaques muqueuses.

2° L'affaiblissement progressif possible de la contagiosité, — pour un même type éruptif, avec les années (?).

3° L'énorme difficulté du diagnostic de la plaque muqueuse discrète, isolée, dans la clientèle de ville, c'est-à-dire chez les gens qui se soignent ou même seulement qui se tiennent propres.

Tandis, en effet, que, dans la clientèle d'hôpital, la malpropreté et l'incurie favorisent la repullulation indéfinie des syphilides muqueuses, qui végètent et deviennent même exubérantes (syphilides papulo-hypertrophiques), — en ville, et principalement chez la femme, chez la femme du monde, qui ne fume pas et ne s'alcoolise pas, on n'assiste plus, surtout à mesure qu'on s'éloigne du début de la vérole, à des poussées éruptives; mais, ce qu'on observe, ce sont, à des intervalles plus ou moins longs, quelques plaques muqueuses discrètes, voire même isolées, solitaires. Or, si les syphilides muqueuses confluentes peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et être prises, à la bouche, pour la stomatite hydroatique de M. Quinquaud, — à la vulve et à la bouche pour de l'herpès confluent, — bien autrement malaisé sera-t-il, si on ignore les antécédents de sa cliente et qu'on n'ose trop l'interroger, — ou même en sachant qu'elle a eu la syphilis antérieurement, — bien autrement malaisé sera-t-il d'affirmer qu'on se trouve en présence d'*une* plaque muqueuse solitaire et non d'une aphthe

buccale ou d'une folliculite vulvaire. Et c'est souvent la malade, soigneuse et attentive observatrice d'elle-même, qui fera son propre diagnostic.

Que dire, en outre, des difficultés que présentera la diagnose de l'herpès progénital récidivant, de l'herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques traités (Fournier), de la leucoplasie buccale au début, des scléroses linguales superficielles, nicotiques ou autres? Mais sans sortir des manifestations de la vérole, comment apprécier, au point de vue de la contagiosité, les lésions dénommées par M. Fournier *plaques lisses* de la langue? On sait qu'il s'agit là de lésions secondo-tertiaires, contemporaines en général du « psoriasis » palmaire, et qui ne constituent pas, à proprement parler, de véritables exulcérations, puisqu'elles ne blanchissent que peu ou point sous le nitrate d'argent. Par conséquent, à moins de lésions surajoutées, elles *doivent* être peu ou point contagieuses par elles-mêmes. Or, nous le demandons, combien de fois de semblables lésions n'ont-elles pas dû être prises pour ces dépapillations *érosives* en aires qui sont le type des plaques muqueuses de la langue?

En résumé, nous sommes, au moment de terminer cette courte étude, obligé d'avouer que, si nous connaissons l'époque de son évolution où la syphilis est le plus éminemment contagieuse, nous ignorons le moment où elle cesserait de jouir de son rayonnement reproducteur pour limiter désormais son action à la seule personne du sujet primitivement infecté.

Etiologie du tétanos

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 novembre 1

Par le docteur Ch. ABADIE

L'étiologie du tétanos a éveillé depuis quelque temps l'attention des chirurgiens. — L'observation clinique, l'expérimentation, les recherches microbiologiques concordent pour démontrer que cette maladie est d'origine microbienne. M. le professeur Verneuil a mis en avant l'idée que le microbe pathogène, cause première du tétanos, provenait du cheval. Soutenue par ce chirurgien éminent, l'origine équine du tétanos a provoqué d'abord un certain étonnement. Mais bientôt une enquête a été ouverte de tous côtés pour élucider ce sujet délicat.

Les uns ont apporté des faits probants, d'autres, au contraire, des faits en apparence inconciliables avec cette hypothèse, de telle sorte que la question reste encore en litige.

Tout récemment, M. Richelot a présenté à l'Académie de médecine deux observations de tétanos qui ont vivement attiré mon attention.

M. Richelot insiste sur les particularités suivantes: Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses avaient été prises et l'autopsie a permis de constater l'absence de toute trace d'infection provenant des plaies abdominales (il s'agissait d'ovariotomie). En outre, à aucun moment ses opérées n'avaient pu se trouver en contact avec des chevaux. Mais la veille *on avait étendu une épaisse couche de fumier dans la cour de l'hôpital.* Eh bien je le déclare tout de suite, je crois que ce sont les émanations de ces fumiers qui renfermaient les microbes pathogènes qui ont déterminé le tétanos.

M. Terrillon a également apporté à la Société de chirurgie des cas fort curieux de tétanos survenus à la suite de plaies de la face et

ayant présenté une physionomie particulière (contracture du facial, etc.) Il s'agissait toujours de plaies faites par le sabot d'un cheval *souillé de fumier*.

D'autre part, parmi les faits en apparence les plus contradictoires avec l'hypothèse de M. Verneuil nous citerons celui que M. Gailhard, médecin de la marine, a publié dans l'*Union médicale* (24 juillet 1888). Ce cas de tétanos fut observé à bord d'un cuirassé neuf *la Triomphante* effectuant son premier voyage. M. Gaillard fait remarquer que jamais un cheval n'était entré dans ce navire. Mais nous relevons dans les détails de cette observation que des bœufs vivants avaient été embarqués et conséquemment que du fumier devait se trouver à bord.

J'ai eu occasion une fois dans ma vie de me trouver en présence d'une épidémie grave de tétanos.

C'était pendant la guerre, après la bataille sanglante de Beaumont. Le petit village de Beaumont, dans les Ardennes, renferme 800 habitants environ. Le 5e corps commandé par de Failly fut surpris par l'ennemi, et, dès le début, l'action fut si meurtrière que, les maisons regorgeant bientôt de blessés, il fallut les mettre dans l'église sur de la paille. Au bout de quatre à cinq jours, plusieurs d'entre eux furent atteints de tétanos et succombèrent, tandis qu'aucun cas ne se déclara chez les blessés soignés dans les maisons. Là encore la présence du cheval ne pouvait être invoquée, mais notons, pour y revenir tout à l'heure, le contact avec de la paille souillée par des détritus et des déjections animales ou humaines.

Je reviens aux cas de M. Richelot qui ont été bien observés et qui me paraissent absolument précis. En raison d'une asepsie rigoureuse, dont le contrôle absolu a été fourni par l'autopsie, il me paraît impossible d'invoquer une inoculation directe par les mains des aides ou les instruments. Dès lors, ne peut-on pas supposer que l'infection a pu se faire par des germes contenus dans l'atmosphère et émanés probablement de la *couche de fumier établie dans la cour de l'hôpital?*

Je ferai remarquer que, dans toutes les autres observations rapportées plus haut, si on ne trouve pas toujours le cheval, on trouve toujours le fumier.

Les cas de M. Richelot prouvent, en outre, qu'une plaie n'a pas besoin de suppurer pour que le germe infectieux s'y développe, et enfin que ce microbe, non sans quelque analogie avec celui de la rage, ne se laisse guère influencer par les antiseptiques.

Une chose m'étonne de la part des chirurgiens, c'est que bon nombre d'entre eux, et des plus éminents, contestent encore la possibilité de l'infection par des germes contenus dans l'atmosphère et prétendent que la contamination ne peut avoir lieu que par contact direct.

Pourtant des expériences précises existent qui démontrent que l'atmosphère peut renfermer des poussières virulentes inoculables.

Parmi ces expériences ne laissant prise à aucun doute, je citerai celles qui ont été rapportées en détail par M. Cornet, élève de Koch, au Congrès des médecins allemands dans la séance du 9 avril 1888.

« L'inoculation de la poussière aérienne, prise dans des chambres habi-
« tées par des phthisiques se servant constamment et exclusivement
« de crachoirs, n'a donné aucune infection.

« La poussière provenant de chambres habitées par des phthisiques qui

« crachaient sur le plancher ou dans le mouchoir a été virulente dans la « moitié des cas, »

Outre leur importance considérable au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, ces expériences ne prouvent-elles pas. d'une manière irréfutable, que l'atmosphère peut renfermer des germes virulents?

En résumé, je crois donc que le germe infectieux du tétanos peut exister un peu partout dans l'atmosphère, et que son siège de prédilection est peut-être le fumier où la fermentation entretient des conditions de température et d'humidité favorables à son évolution.

REVUE DES JOURNAUX

Le spasme glottique d'origine nasale, par le docteur A. Ruault, chef de la clinique laryngologique des Sourds-Muets. — Certaines lésions de la muqueuse des fosses nasales, telles que les polypes muqueux et la rhinite hypertrophique, peuvent provoquer, par voie réflexe, des accès répétés de spasme de la glotte, qui, dans certains cas, se sont montrés assez graves pour nécessiter la trachéotomie.

Ces accès de dyspnée laryngo-spastique peuvent se renouveler pendant très longtemps, quelquefois vingt ans et plus, ne céder à aucune médication et guérir en très peu de temps par le traitement de l'affection intra-nasale dont ils dépendent.

Les femmes, et particulièrement les hystériques, paraissent prédisposées à cette affection. Mais celle-ci peut se montrer également chez des individus des deux sexes ne présentant pas et n'ayant jamais présenté de symptômes d'hystérie.

Le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes.

En même temps que le spasme glottique, on peut observer le spasme bronchique généralisé; et quelquefois, en dehors des accès, on voit persister pendant longtemps un état spasmodique plus ou moins accentué de tout l'arbre respiratoire.

Les troubles de la voix dus à des spasmes phoniques du larynx sont également une complication fréquente de la maladie en dehors des accès.

Le pronostic est très bon quand l'origine de l'affection est reconnue, mauvais dans le cas contraire.

Le diagnostic se fait d'abord par exclusion des autres causes connues de spasme glottique, puis par l'anamnèse et l'examen rhinoscopique complété à l'aide du toucher par la sonde et de l'épreuve de la cocaïne.

Le traitement de l'accès, quand il est grave, consiste à essayer l'action de la cocaïne en badigeonnage intra-nasal, à administrer le chloroforme, et enfin à ouvrir la trachée si l'existence du malade est menacée.

Le traitement de la maladie n'est autre que le traitement de l'affection nasale qui en est la cause. (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, 15 novembre 1888.) — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Traitement des salpingites. — Complications de la gastrostomie.

M. de Saboia dépose sur le bureau une observation d'anévrysme de l'artère sous-clavière guéri par l'électro-puncture en cinquante-cinq jours.

— M. Reynier présente des pièces provenant de l'inoculation à un cobaye du milieu d'un grain riziforme d'une synovite. On n'y avait pas trouvé de bacilles à l'examen

microscopique et cependant le cobaye fut atteint de tuberculose. Un certain nombre d'autres expérimentateurs sont arrivés aux mêmes résultats.

— M. Quénu fait une communication à propos du traitement des salpingites. M. Lucas-Championnière a cherché à démontrer que les idées actuelles sur la pathogénie des inflammations des trompes sont enfantines, selon son expression, et il n'admet pas la transmission de proche en proche. Pour lui, les salpingites succèdent à des lymphangites. Mais alors, il faudrait rejeter de leur pathogénie toutes les altérations du col, car les lymphatiques qui partent de cette région de l'utérus, n'ont pas de connexions avec les trompes ni avec les ligaments larges. Ils passent par les ligaments utéro-sacrés et vont se jeter dans les ganglions placés au-devant du sacrum. L'un d'entre eux se rend dans un ganglion non constant placé à l'union du vagin et du col.

Les gros troncs des lymphatiques du corps passent à une grande distance de la trompe. Un seul se trouve dans l'aileron moyen et peut-être reçoit-il des lymphatiques de l'oviducte. Mais alors, l'inflammation, si elle suivait ce vaisseau et ses afférents, aurait un trajet rétrograde; de plus, cela n'expliquerait pas la présence du pus dans l'intérieur de la trompe, car les abcès devraient se trouver dans le ligament lui-même. Enfin, comme l'épithélium de la muqueuse tubaire est conservé, il faut conclure de tout cela que la théorie de la lymphangite est loin d'expliquer tous les phénomènes.

La propagation de proche en proche doit être admise ici comme pour les autres muqueuses. La pénétration directe est, du reste, démontrée, car Nœggerath, Hartmann ont trouvé dans la trompe les gonocoques de Neissler.

Une fois la propagation effectuée, les points sur lesquels elle a eu lieu peuvent redevenir normaux au moins à l'œil nu.

Pour expliquer la présence de l'ovarite dans la salpingite, on peut faire jouer un certain rôle aux lymphatiques qui vont du pavillon au plexus sous-ovarien et qui, probablement, transmeitent l'inflammation.

M. Quénu est partisan de la laparotomie dans le traitement de la salpingite, en général, mais il combat le vague des conclusions de M. Routier qui donnerait à penser que cette opération doit être dirigée, peu après le début des accidents, contre toute inflammations des annexes.

Il a suivi onze malades atteintes de ce côté et six seulement lui ont paru devoir être opérées. Cinq fois il a fait la laparotomie, une fois il a ouvert un vaste abcès renfermant la trompe et l'ovaire qu'il n'a pas enlevés. Les cinq malades chez lesquelles il n'est pas intervenu, souffraient d'accidents datant de plusieurs mois; chez une, il y avait eu une blennhorragie; dans les autres cas, la puerpéralité était en cause. Le traitement a consisté à administrer des injections chaudes au sublimé et à maintenir les malades au repos. Dans quatre de ces cas, l'amélioration a été très rapide et les patientes auraient guéri complètement si elles avaient consenti à laisser soigner leur utérus. La cinquième malade est guérie depuis deux ans; elle avait été traitée dès le début de ses accidents, ce qui est une condition de succès.

Certaines formes de salpingite réclament une intervention rapide, mais il est impossible actuellement de fixer leurs caractères, et c'est de ce côté que doivent se porter les efforts des cliniciens.

Ses cinq laparotomies ont donné à M. Quénu cinq succès opératoires. Dans quatre cas, il a enlevé les organes malades; dans un cas, il n'a pu, dans un abcès rétro-utérin, trouver ni les ovaires ni les trompes. Cette dernière malade a été soulagée de ses douleurs, mais conserve encore une plaque d'induration.

On a recommandé d'éviter la perforation des poches purulentes, mais cela est bien difficile, quand la paroi d'un abcès est formée par un organe qu'il faut détacher pour enlever la trompe. Dans ce cas, on peut se servir de compresses bouillies et d'éponges pour protéger le péritoine.

M. Quénu n'a jamais lavé la séreuse, mais le drainage lui a rendu de grands service.

Dans un de ses cas il a eu, après quelques jours, un léger écoulement de liquide à odeur fécaloïde. Quatre opérées sur cinq ont perdu un peu de sang à la suite. Chez une malade, il y a eu d'abord des hématémèses supplémentaires, puis ensuite des hémor-

rhagies rectales. Les règles sont revenues enfin, bien qu'il ne croie pas avoir laissé d'ovaire.

— M. RICHELOT fait une communication sur le même sujet. (Sera publiée.)

— M. TERRILLON lit un rapport sur une observation de M. Tuffier relative à un cas de gastrostomie suivie de mort par péritonite.

Le malade était un homme de 44 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents. Il avait vu les accidents débuter en août 1887. Les solides furent d'abord mal avalés, puis ensuite les liquides. L'amaigrissement étant considérable et le cathétérisme impossible, on se décida en avril 1888 à pratiquer la gastrostomie.

L'opération, faite le 8, ne présenta rien de particulier à noter, et les suites furent d'abord excellentes. Mais, le 15, on remarqua que la partie inférieure de la plaie s'écorchait, et que les liquides injectés dans le ventricule passaient entre la sonde et les bords de l'orifice. On tâcha de protéger les parties atteintes avec la vaseline; mais, malgré cela, l'ulcération de la peau s'agrandit, et le malade mourut de péritonite. A l'autopsie, on trouva l'œsophage enserré pnr un goître fibreux, et, de plus atteint, d'épithéliome tubulé.

M. Terrillon a eu des cas analogues. Il a, au commencement de l'année, opéré un malade pour un rétrécissement non cancéreux. Les mêmes accidents l'ont atteint, mais il a pu y parer, et actuellement il a à enregistrer une guérison complète, car le cathétérisme a permis de rétablir la perméabilité de l'œsophage.

Les accidents d'ulcération de la peau sont loin de se voir dans tous les cas; ils ne sont dus ni à la sonde, ni à la situation de l'orifice stomacal que l'on fait généralement assez haut pour que les liquides ne puissent s'échapper. On ne peut non plus invoquer la contraction musculaire.

En réalité, il s'agit d'une acidité exagérée du suc gastrique qui, à l'analyse, se montre très riche en acide chlorhydrique. Pour parer aux accidents, il suffit, quand on se sert de la canule spéciale que M. Terrillon a fait construire, de donner au malade une quantité suffisante de bicarbonate de soude pour neutraliser la sécrétion de l'estomac.

C'est ainsi que son malade voyait l'ulcération reparaître toutes les fois qu'il suspendait l'usage des alcalins.

M. Marc SÉE tend à incriminer le procédé opératoire. Il conseille de suturer l'incision stomacale à la paroi de l'abdomen en renversant les parois de l'estomac en dehors. Il se sert de ce procédé dans les anus iliaques et n'a jamais eu d'accidents.

M. POLAILLON transperce la paroi stomacale avec deux longues aiguilles qui l'attirent au dehors et forment une sorte de pli. Il incise au thermo-cautère sur ce pli et suture ensuite. Il y a, par conséquent, aucun contact entre la plaie et les liquides de l'estomac. Malgré cela, il a eu un cas d'ulcération suivie de mort par péritonite.

M. GUÉNIOT demande à M. Polaillon si son malade souffrait de troubles dyspeptiques.

M. TERRILLON répond affirmativement. Il ne pense pas qu'il y ait lieu de modifier l'opération dans le sens qu'indique M. Marc Sée, car les accidents ne paraissent pas les premiers jours.

M. AUFFRET (de Brest) lit trois notes sur : 1° un cas de gastrostomie ; 2° une kélotomie suivie de mort pour une hernie étranglée chez un enfant de vingt jours; 3° cinq cas d'amputation du pied.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

SOMMAIRE : *Rapports entre l'ataxie locomotrice progressive et le goître exophthalmique — Curabilité de certaines cirrhoses. — Ganglions sus-claviculaires dans le cancer.*

M. JOFFROY dit qu'on peut rencontrer chez un ataxique tous les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow ; exophthalmie, tachycardie, goître, tremblement des

mains, etc.; il est plus fréquent pourtant de ne trouver chez les tabétiques que quelques-uns de ces symptômes, et la tachycardie est alors le plus souvent observée. Y a-t-il alors simple coïncidence des deux maladies, ou bien le syndrome de Basedow est-il la conséquence de l'ataxie elle-même ? Depuis quelques années, M. Joffroy a noté six fois la protusion des yeux, sept fois la tachycardie, deux fois l'hypertrophie thyroïdienne et le tremblement chez sept ataxiques.

Dans deux cas, l'hystérie était en plus évidente. M. Joffroy ne voit pas pourquoi on répugnerait à accepter la coïncidence du tabès et de la maladie de Basedow, alors que, d'une part, on sait que le tabès peut se combiner avec l'hystérie, la paralysie générale, beaucoup de psychopathies, et que, d'autre part, on voit le goître exophthalmique se combiner avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'aliénation mentale. Mais il n'est légitime d'admettre la coexistence de la maladie de Basedow et du tabès que quand le tabétique présente tous les signes de la première. Quand le syndrome basedowien est incomplet, on doit être plus réservé. Car, dès 1867, M. Charcot montrait que la tachycardie peut exister chez les ataxiques à une certaine période de leur maladie. M. Joffroy, alors interne de M. Charcot, émit même cette opinion que la tachycardie ne lui paraissait pas pouvoir être rattachée à une lésion des noyaux d'origine des pneumogastriques, telle qu'on en observe dans la paralysie labio-glosso-laryngée ou la sclérose en plaques. Aujourd'hui qu'on connaît les névrites périphériques chez les ataxiques, on pourrait penser que la lésion génératrice de la tachycardie peut siéger dans le pneumogastrique lui-même. Toutefois, M. Joffroy ne se prononce pas sur ce point.

Quelle que soit la pathogénie de la tachycardie, elle doit être considérée, quand elle existe seule chez un ataxique, comme un des symptômes de l'ataxie même. On doit penser la même chose de la protusion des globes oculaires quand elle s'observe chez un ataxique sans autre signe de maladie de Basedow.

M. Joffroy résume sa pensée par les deux conclusions suivantes :

1° On peut voir réunis chez le même sujet le tabès et la maladie de Basedow. Il semble même alors que le tabès se soit développé après la maladie de Basedow.

2° Le tabès peut causer la tachycardie et peut être aussi une légère protusion des yeux, rappelant alors certaines formes frustes de la maladie de Basedow.

Les observations recueillies par M. Joffroy concernent toutes des femmes, mais, outre que son service de la Salpêtrière est exclusivement consacré aux femmes, le sexe féminin est surtout prédisposé à la maladie de Basedow.

M. Barié a été amené à étudier la même question, et ses conclusions sont un peu différentes de celles qu'a émises M. Joffroy. On peut, dit-il, voir survenir les signes cliniques du goître exophthalmique dans le cours du tabès dorsal, mais il n'y a pas lieu d'admettre alors la coïncidence fortuite des deux maladies. Le syndrome de Basedow est l'expression d'altérations ou de troubles fonctionnels du centre bulbo-protubérantiel. Le goître exophthalmique est donc à rapprocher des autres troubles bulbaires déjà connus de l'ataxie locomotrice, névralgies du trijumeau (Pierret), vertige de Ménière, troubles du goût, etc. (Hanot et Joffroy).

On peut admettre que le goître exophthalmique se manifeste soit au cours, soit au début de l'ataxie, et alors il est lié probablement à une hyperémie de la zone bulbo-protubérantielle ; on peut peut-être espérer l'amender par les médicaments qui font contracter les petits vaisseaux, l'ergot de seigle, la faradisation.

Ultérieurement, des lésions plus profondes du système nerveux peuvent succéder au processus congestif initial. Le pronostic du goître exophthalmique chez les ataxiques doit donc être réservé. On n'en connaît guère les causes prédisposantes, sinon l'état d'hystéricisme et de neurasthénie du sujet ou l'hérédité nerveuse.

— M. Troisier a montré à la Société des hôpitaux un malade présenté déjà par lui il y a deux ans comme guéri d'une cirrhose alcoolique. La guérison s'est maintenue, l'état général est parfait, mais le foie est demeuré un peu gros.

— M. Hallopeau a vu guérir un individu atteint de cirrhose alcoolique, auquel on avait retiré par ponction 15 à 22 litres de liquide ascitique. Le foie est rentré dans les limites

normales, bien que le sujet ait continué à boire 2 à 3 litres de vin et 4 à 5 petits verres d'eau-de-vie.

Tel n'est pas le cas d'un malade de M. Joffroy qui, marchand de vins, buvait depuis longtemps une trentaine de petits verres par jour, sans préjudice du vin, et avait une cirrhose hypertrophique. M. Joffroy l'ayant menacé de mort prochaine s'il ne cessait de boire, cet homme vendit sur-le champ son fonds, se mit à boire de l'eau et six semaines après était très amélioré. Le foie avait diminué de 10 à 15 centimètres en ce court espace de temps.

M. Hayem regrette que dans la discussion sur la curabilité des hépatites interstitielles, on n'ait parlé que de la cirrhose alcoolique. Il a vu en 1874, pour sa part, une hypertrophie énorme du foie, sans altération des voies biliaires, dans laquelle il y eut une survie de 10 à 12 ans, ce qui équivaut presque à une guérison. Dans deux ou trois cas du même genre observés par lui il n'existait ni alcoolisme, ni syphilis, ni fièvre intermittente. Dans un cas qu'il suit depuis deux ans il y a eu successivement un épanchement thoracique et une ascite qui ont disparu.

M. Rendu estime que le péritoine n'a pas assez préoccupé les observateurs de ces cirrhoses guéries; l'irritation de cette séreuse joue un rôle fréquent dans la pathogénie de l'ascite au cours des hépatites; elle est parallèle, mais non connexe à la lésion du foie, puisqu'on observe quelquefois une cirrhose sans ascite et une ascite sans cirrhose apparente.

— M. Troisier montre à la Société des ganglions sus-claviculaires engorgés dans un cancer de l'estomac, il existait en même temps du cancer des côtes. Le cas est donc complexe.

M. Bucquoy a vu chez une jeune femme de 25 ans en état de cachexie profonde avec ascite une énorme adénopathie sus-claviculaire droite. Pour cette raison on pensait à un cancer de l'estomac; mais, quand l'ascite eut disparu, on constata une cirrhose.

M. Troisier fait encore une réserve au sujet de l'existence possible de quelque cancer chez cette malade. — P. L. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — Une des gloires chirurgicales de l'école italienne, M. le professeur Vanzetti, que tous ceux qui s'occupent de notre art ont connu par ses magnifiques travaux sur la cure digitale des anévrysmes et par ses nombreuses communications faites à la Société de chirurgie, vient de s'éteindre à Padoue, âgé de près de 80 ans. La vie de cet homme de bien, de ce savant regretté, de ce lettré, de ce chirurgien émérite, de ce professeur écouté a été consacrée entièrement à la gloire chirurgicale de sa patrie. Il reste, pour consacrer à jamais son souvenir, une série de 24 volumes ou mémoires dont le plus grand nombre ont paru en français et ont été présentés à notre Société de chirurgie. Par une disposition testamentaire spéciale, Vanzetti a légué sa richissime collection de livres rares à la bibliothèque de la fondation Pinali et cent mille francs pour la continuation de ses études de prédilection et pour aider les étudiants de la Faculté médico-chirurgicale de Padoue. Digne fin d'une vie si bien remplie par l'intelligence, l'honorabilité et le cœur. (In *Atti del R. Istituto Veneto de scienze, lettere ed arti Tomo VII*, série VI.)

—On a toujours beaucoup parlé de l'ivrognerie anglaise. Ce n'est pas sans raison, si nous en croyons une statistique parlementaire que nos voisins viennent de publier. D'après ce document, pendant ces trois dernières années, on a prononcé en Angleterre et dans le pays de Galles 442 736 condamnations pour ivresse manifeste ou pour délits s'y rapportant. C'est la journée du dimanche principalement, jour du Seigneur, que nos bons voisins consacrent au culte du gin et du whisky, car pour Londres seulement les délits

commis en ce jour se sont élevés à 40,384. La proportion des condamnés pour ivresse est de 1 par 57 habitants pour le pays de Galles, 1 par 59 pour l'Angleterre et 1 par 94 pour Londres. Le dimanche, cette proportion est de 1 par 9 condamnations pour le pays de Galles, 1 par 11 pour l'Angleterre et 1 par 12 pour la capitale.

COURRIER

ÉPIDÉMIES. — *Variole.* — On signale une épidémie de variole maligne à Tours. On revaccine partout. — L'épidémie de variole de la Martinique continue à s'améliorer; mais des mesures sanitaires sont toujours prises dans cette île. — *Fièvre jaune.* L'épidémie de la Floride est en décroissance notable. On a fait la remarque que seule, parmi les Etats du Sud des Etats-Unis, la Floride était dépourvue d'un service sanitaire sérieux. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que l'épidémie ait atteint d'aussi grandes proportions. A Jacksonville il y a eu 4,665 cas et 407 décès, c'est-à-dire une mortalité de 9 p. 100; à Fernandina, il n'y a eu que 1,202 cas et 38 décès, c'est-à-dire une mortalité de 3,2 p. 100. — La fièvre jaune vient d'apparaître dans l'île de Palma (Canaries); elle y a été apportée par un navire espagnol. — *Scarlatine.* On annonce qu'une épidémie de scarlatine sévit au fort de Tourtous, près Barcelonnette.

— Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 4 février 1889, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 7 janvier jusqu'au lundi 2 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Tissié est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mitaine (de Geory), Mornard (de Palluan) et Poinsot, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Le lundi 11 mars 1889, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Postes médicaux. — On demande un médecin pour une localité de la grande banlieue, à une vingtaine de lieues de Paris. — S'adresser à M. L. G. Richelot.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'entéroptose ou maladie de Glénard.

L'on sait que, sous la qualification de *neurasthéniques*, on range dans un groupe commun, sorte de *caput mortuum* de la clinique, tous les malades paraissant profondément atteints dans leur système nerveux et chez lesquels il est impossible de porter un diagnostic précis. La neurasthénie, dont on a voulu dernièrement en Allemagne étendre le domaine d'une façon excessive (L. Arndt), a été créée, comme entité, par Beard en 1880; en France, elle est assez bien représentée par le nervosisme de Bouchut, la maladie cérébro-gastrique ou névrose de Leven, la névropathie cérébro-spinale de Krishaber. Ainsi limité dans son acception, le mot neurasthénie n'en reste pas moins très compréhensif et renferme encore des malades à troubles nervoso-gastriques divers : névralgies, hypochondries, altérations du caractère, etc., chez lesquels il semble que l'on ne puisse trouver aucune lésion constante.

Frappés de la confusion des symptômes et des difficultés du diagnostic qui n'était souvent établi qu'après un certain nombre d'erreurs, plusieurs médecins ont tâché de fixer les caractères de la neurasthénie à prédominance gastro-intestinale et surtout de lui trouver une base anatomique. C'est ainsi que le professeur Bouchard a mis en évidence la dilatation de l'estomac et ses conséquences; que Trastour, Jewell (1), Bouveret, ont décrit la dilatation gastro-colique; que Guéniot a insisté sur les inconvénients du prolapsus de l'abdomen chez la femme. La tentative la plus complète de fixation de la neurasthénie, si l'on peut s'exprimer ainsi, a été réalisée par M. Glénard (de Lyon) qui semble définitivement avoir établi les causes, les lésions, les symptômes et le traitement de la neurasthénie qu'il a décrite sous le nom d'entéroptose; dans la séance du 12 novembre de la Société médicale des hôpitaux, M. Féréol a apporté l'appui de ses recherches à la conception du médecin de Lyon.

I

L'entéroptose reconnaît des causes prédisposantes et des causes déterminantes. De plus, elle peut être primitive ou secondaire. En tête des causes prédisposantes se placent le sexe féminin et l'accouchement. Sur 200 cas, il y avait 157 femmes et 43 hommes; des 157 femmes, 23 avaient eu des enfants et 34 seulement étaient nullipares; on peut encore, pour expli-

(1) *Neurol. Rev. Chicago*, 1886.

quer les causes de la prédominance dans le sexe féminin, invoquer la pression produite par le corset qui abaisse le foie.

Les causes déterminantes de l'entéroptose primitive sont l'effort et le traumatisme. C'est ainsi que la maladie débute à la suite (obs. Cailletet) d'un violent effort pour soulever une malade couchée dans une gouttière, effort accompagné d'un craquement, suivi d'une vive douleur dans la région de l'hypochondre droit, à droite et en haut de l'ombilic, sous les fausses côtes; d'efforts fréquents pour enlever une personne de son lit tous les jours pendant tout un hiver. Les efforts peuvent être très minimes, passer presque inaperçus. En effet, à la suite d'un accouchement qui constitue par la brusque décompression abdominale une cause prédisposante des plus énergiques, de petits efforts successifs comme ceux qu'exécute l'accouchée pendant les jours qui suivent la parturition suffisent pour donner naissance à l'entéroptose.

Secondaire, la maladie succède à une dyspepsie ancienne, l'atonie gastrique existe alors primitivement; à une fièvre typhoïde, à la dysentérie, à une péritonite locale, une pérityphlite; dans ces derniers cas, il s'est formé des adhérences vicieuses du côlon ascendant et du commencement du côlon transverse.

Enfin l'amaigrissement, entéroptose ou neurasthénie des convalescents, peut à lui seul donner naissance à la maladie.

II

La lésion fondamentale, constante, que l'on trouve dans toutes les autopsies faites la plupart du temps à la suite de mort par affections intercurrentes, est la ptose du coude droit du côlon. En ce point, il n'y pas de ligament suspenseur propre pour l'intestin, tandis que le ligament pylori-colique suspend le côlon transverse à l'estomac; le coude du côlon est mal soutenu, il tombe.

Le ligament pylori-colique relève le transverse vers sa partie moyenne, et divise ainsi la grande anse en deux anses secondaires, première et deuxième anses transverses, communiquant par l'orifice sous-pylorique.

Les autres lésions sont d'abord le rétrécissement du tube digestif au niveau des points par lesquels les extrémités des anses digestives sont solidement fixées (anneaux ou orifices gastro-duodénal, duodéno-jéjunal, colique transverse sous-pylorique, colique sous-costal gauche sigmoïdo-rectal). Ces orifices se produisent parce que, selon la description de Glénard, le tube digestif est relevé de distance en distance à la manière des baldaquins, et les angles ainsi formés fixés à la partie postérieure de l'abdomen; il y a sept anses intermédiaires et six orifices qui sont atrésiés par le prolapsus des anses correspondantes.

Le véritable ligament suspenseur de l'intestin grêle est formé par le faisceau fibreux, qui descend avec la mésentérique supérieure devant le duodénum; lorsque le grêle est vide de gaz et prolabé, le duodénum pour chasser son contenu dans le jéjunum devra soulever un poids minimum d'un demi-kilogramme; la perméabilité de l'orifice duodéno-jéjunal est donc très facilement compromise.

Et qu'on ne regarde pas cela comme une simple vue de l'esprit, car, comme l'a dit M. Féréol dans son rapport à la Société médicale des hôpitaux de Paris (janvier 1887), « l'auteur a pu, dans le laboratoire de l'Hôtel-

Dieu en présence de M. Cornil, de M. Hérard et d'un assez nembreux auditoire, nous démontrer la justesse de ses aperçus] et l'exactitude de ses descriptions ». De plus, il existe déjà trois autopsies démonstratives de Legroux, Danlos et Cuilleret.

Ainsi donc, première lésion dans le cas de maladie primitive : déplacement du coude droit du côlon, point le moins soutenu ; à la suite, troubles de la statique de l'intestin grêle et entérosténose qui en est la conséquence.

Mais ce n'est pas tout. Nous venons de voir que le côlon transverse est relié à l'estomac, que va maintenant devenir cet organe qui a seul à soutenir le transverse? Il va se déplacer et on aura une gastroptose. Très souvent en effet le grand axe de l'estomac devient vertical; ce grand axe s'abaisse, descend dans la fosse iliaque et il y a fréquemment dilatation de l'organe, cette dernière étant loin d'être constante. Alors dans beaucoup de cas se produit l'atrésie angulaire de l'origine gastro-duodénal ; tout cela entraîne, disons-le de suite, les vomissements, la dyspepsie, le clapotage, etc. Le déplacement de l'estomac tient à ce que l'intestin lutte par son poids contre le relèvement du ventricule pendant qu'il se contracte, et contre sa déplétion dans le duodénum; c'est alors que peut apparaître l'atonie gastrique. Cette dernière, comme nous l'avons vu dans l'étiologie, est parfois elle-même cause d'entéroptose par diminution des ingesta, amaigrissement, constipation, etc. Ainsi se trouve réalisé un cercle vicieux qui entretient indéfiniment la maladie.

M. Glénard a insisté sur la fréquence de la biloculation de l'estomac, fait confirmé par Laborde et Rasmussen. Cette biloculation est un temps physiologique de la contraction et peut persister dans son intervalle par une sorte de contracture spasmodique. Elle donne la raison de certains symptômes, tels que les vomissements survenus immédiatement après le repas.

Il est encore très fréquent lors d'entéroptose, de trouver des déplacements des principaux viscères de l'abdomen, des splanchnoptoses. Le déplacement du foie peut être une cause prédisposante chez les femmes ; il y a abaissement de l'organe par le corset. Celui du rein est très fréquent, il suppose toujours l'entéroptose et, tout en pouvant manquer, se produit tantôt en même temps que cette dernière, tantôt plus ou moins longtemps après. C'est ainsi que sur 200 entéroptoses, on a trouvé 60 néphroptoses, dont 56 chez les femmes (parmi lesquelles 43 multipares) et 4 chez l'homme.

On pourrait donc résumer toute l'anatomie de l'entéroptose à la période d'état en disant qu'elle consiste en un abaissement général de tous les organes contenus dans la cavité abdominale, abaissement débutant par le coude droit du côlon et finissant par atteindre tous les viscères, les lésions, pour le tube intestinal, progressant de bas en haut du côlon vers l'estomac et étant d'autant plus prononcées qu'on considère un segment plus inférieur. Les autres altérations, sténose des orifices et des anses, dépendent du déplacement du côlon, de celui de l'estomac et des troubles qu'ils entraînent.

III

Les symptômes du prolapsus de la masse intestinale sont subjectifs et objectifs.

Nous allons passer brièvement en revue les premiers. Ce sont, en effet, ceux de la neurasthénie, car, dans toute neurasthénie il existe plus ou moins de phénomènes gastriques. Il convient donc simplement de les énu-

mérer, mais en les classant, comme M. Glénard, d'après leur degré de constance qui est en même temps celui de leur ordre d'apparition dans l'évolution du plus grand nombre des cas.

1° *Symptômes asthéniques* : faiblesse, lassitude habituelle, faiblesse d'estomac, faiblesse des reins.

Ces symptômes coïncident dans leur apparition ou sont synchrones dans l'exposition qu'en font les malades avec les symptômes méso-gastriques qui indiquent le trouble local dans la région du méso-gastre.

2° *Symptômes méso-gastriques* : délabrement, brisement, tiraillement, poids, creux, vide, fausse faim.

3° *Symptômes gastriques* : flatulence et cortège qui l'accompagne, étouffement, pandiculations et bâillements, vapeurs, bouffées; douleurs, crampes, vomissements plus ou moins fréquents et constants, pyrosis.

4° *Symptômes névrosiformes* d'apparence cérébrale ou spinale ; insomnie, frilosité, sueurs, frisonnements, irritabilité, hypochondrie, mélancolie, impuissance, céphalalgie, vertiges, toux, palpitations, polyurie, hypercrinies, crampes, névralgies, crises de douleur sous-hépatique simulant la colique hépatique légitime, etc., etc.

Les deux premiers ordres de symptômes asthéniques et méso-gastriques sont accompagnés de quatre signes qui, pour M. Glénard, ont la plus haute importance.

1° Réveil à deux heures du matin avec besoin de manger ou coliques hypogastriques; insomnie plus ou moins marquée;

2° Exacerbation ou apparition des malaises au lever et à trois heures du soir ;

3° Relation constante, masquée ou non, des malaises avec la nature de l'alimentation (aggravation des malaises par les pommes, fécules, acides, légumes, crudités, vin, lait) ;

4° Irrégularité et insuffisance des selles, constipation, diarrhée, alternance. L'insomnie spéciale et l'intolérance pour le lait sont les plus importants de ces symptômes (Féréol).

Les symptômes physiques résultent de l'exploration méthodique de l'abdomen et des flancs, exploration dont M. Glénard a tracé les règles minutieusement.

Le ventre bombe et s'étale et quelquefois prend un volume énorme (ventre en besace); il reste souple à la palpation, mais est mou et flasque. En explorant les hypochondres avec les deux mains, on constate leur dépressibilité anormale. Ces trois symptômes indiquent le défaut de tension abdominale ou, pour être plus bref, l'*hypotase*.

En appuyant contre la face antérieure de la colonne vertébrale le bord radial de l'index placé transversalement et en le faisant glisser de haut en bas sans en diminuer la pression, on trouve à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic un cordon plein roulant sous le doigt : *corde colique*, cette corde est malheureusement très difficile, pour ne pas dire impossible, à sentir surtout chez les obèses. Dans la région cœcale, on rencontre le *boudin cœcal* rénitent et sensible dont la douleur a été si souvent rapportée à l'ovaire, et enfin dans le flanc gauche le *cordon sigmoïdal* formé par l'S iliaque et du diamètre du petit doigt. Ce sont là les signes de l'*entérosténose*.

Enfin, les symptômes de la *splanchnoptose* sont : le battement épigastrique à 2 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic qui indique la diminution de tension du ventre et l'absence du côlon ; le clapotage et le

gargouillement gastriques, si connus depuis les travaux de Bouchard, et sur lesquels il est inutile d'insister. Disons seulement qu'on peut les obtenir à la pression en comprimant transversalement l'épigastre à la fin d'une inspiration, un peu à gauche de la ligne médiane; si l'estomac est flasque et abaissé, ou dilaté, et qu'il renferme gaz et liquides, comme la pression aura porté sur la face antérieure de l'organe, il suffira d'abaisser cette ligne de compression pendant l'expiration pour qu'il y ait conflit entre les gaz et les liquides gastriques, c'est-à-dire gargouillement, pendant leur passage de bas en haut sous les doigts.

Le rein mobile est très fréquent, au moins 80 fois sur 100, car, dit M. Glénard, il faut le rechercher à l'aide d'un procédé de palpation qui consiste à fouiller la région pendant une profonde inspiration et que cet auteur a le premier décrit. Le déplacement du rein peut, du reste, être des plus minimes et ne s'accuser par aucun symptôme subjectif. Il n'y aurait pas de rein mobile sans entéroptose. La mobilité de la rate est infiniment plus rare. Enfin, on peut constater encore les déplacements de l'utérus.

Un dernier signe est l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle. Le médecin se place derrière le malade, passe ses bras sous les aisselles et applique les deux mains à plat sur les flancs pour relever l'abdomen; immédiatement, le patient se sent soulagé; on lâche la compression brusquement, et alors malaises et symptômes pénibles reparaissent aussitôt.

Quelle est l'évolution de la maladie de Glénard? Elle est lentement progressive; les troubles, d'abord peu accusés au début, s'accusent peu à peu; les symptômes du côté du cœcum et ceux tirés de l'intolérance gastrique et de l'irrégularité des selles, tout le cortège de la neurasthénie tant de fois décrite se développent; l'amaigrissement est considérable et, bien que la physionomie des patients diffère selon la prédominance de tels ou tels des symptômes subjectifs, leur état est toujours misérable et reste au-dessus des efforts de la médecine qui en a méconnu la pathogénie. La mort peut survenir par maladie intercurrente ou très rarement par inanition; le plus généralement, les malades restent dans leur triste situation jusqu'aux approches de la vieillesse, et ce n'est qu'à ce moment que survient une sorte d'amélioration spontanée, peut-être par production d'un équilibre statique nouveau.

M. Glénard ne détruit pas la maladie « dilatation de l'estomac » que les travaux de G. Sée et Bouchard ont mise au-dessus de toute contestation. Il la regarde seulement, dans les cas d'entéroptose, tantôt comme primitive (alimentation insuffisante, amaigrissement, chute du côlon), tantôt comme secondaire. Il laisse intacte aussi les dyspepsies chimiques, que personne ne peut plus combattre, mais les fait suivre de l'entéroptose.

Enfin, il est loin de voir des entéroptoses partout, et n'admet la maladie que lorsqu'elle présente les symptômes fonctionnels et physiques bien nets de sa première période. Sur 1,310 affections digestives que lui a fournies sa pratique de Vichy, il ne compte que 404 cas d'entéroptose tous vérifiés par l'épreuve thérapeutique. Les symptômes fonctionnels caractéristiques, c'est M. Féréol lui-même qui le constate, peuvent suffire à faire reconnaître l'entéroptose et le traitement sert de pierre de touche.

IV

C'est qu'en effet le traitement bien appliqué donne des résultats excellents et permet de guérir des femmes qui, par exemple, ont été traitées

successivement pour une anémie, une métrite, un prolapsus utérin, une dyspepsie, un rhumatisme, une lithiase biliaire, un cancer larvé, une névrose, une hypochondrie, une hystérie, et enfin une neurasthénie; à ce moment, malade et médecin s'arrêtent découragés; trop heureuse, la patiente, si elle ne tombe pas alors dans les griffes des empiriques et se résigne à souffrir.

On peut prévenir la maladie en faisant porter une ceinture pendant les suites de couches et en combattant par le même moyen les premiers signes de faiblesse et de lassitude habituels.

Une fois l'affection développée, il faudra : 1° relever la masse intestinale; 2° augmenter la tension de l'abdomen; 3° et 4° régulariser les évacuations et exciter les sécrétions du tube digestif; 5° et 6° alimenter le malade et tonifier l'organisme.

Les deux premières indications seront remplies par l'emploi d'une sangle pelvienne basse, maintenue jour et nuit; la troisième et la quatrième, par un laxatif salin quotidien. Le régime, sans vin ni lait, ni aucun des aliments reconnus nuisibles, répondra à la cinquième indication et l'hydrothérapie à la sixième; 1 gr. 50 de bicarbonate de soude à administrer au milieu du repas complétera la prescription thérapeutique.

M. Féréol, dans son rapport, avait dit : « Que l'entéroptose soit une maladie spéciale ou une simple lésion capable, chez les prédisposés, de produire des conséquences graves ou d'altérer leur santé dans le cas où la prédisposition les entraîne, il y a là un fait clinique important, qui mérite attention parce qu'il peut être la source d'indications thérapeutiques... Le temps seul sera le vrai juge de la question ». Aujourd'hui, il a reconnu, après deux ans, la valeur des recherches du médecin de Lyon, et la nouvelle entité morbide se trouve définitivement constituée.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

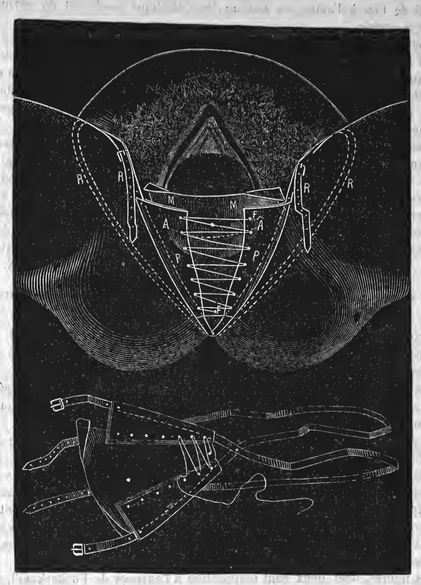
De la défense du périnée; d'un appareil spécial pour en assurer la protection, par le docteur Chassagny (de Lyon). — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

M. Chassagny a voulu créer un appareil qui, non seulement dans les cas d'intervention obstétricale, mais encore dans les accouchements naturels, pût assurer au périnée une protection absolument efficace.

La tête étant descendue dans l'excavation, et faisant bomber le périnée, est arrivée au point où elle commence à être poussée en avant et où elle échapperait rapidement si la vulve ne faisait obstacle. Si à ce moment (ce sont les termes dont se sert M. Chassagny) on pouvait coller sur le périnée une étoffe susceptible de s'allonger transversalement, mais absolument inextensible dans le sens opposé, il est évident qu'au lieu d'être propulsée en avant, la vulve subirait d'ores et déjà un commencement de dilatation, et comme sa dilatation se fait surtout aux dépens de sa commissure postérieure, comme c'est le périnée qui fournit l'étoffe nécessaire à cette ampliation, il est non moins évident que l'effort utérin aurait pour résultat d'amener simultanément la distension transversale du périnée et, par conséquent, l'ampliation de la vulve en dehors de tout allongement rendu impossible par notre étoffe, inextensible dans ce dernier sens.

On ne peut modifier si profondément par cette doublure les propriétés physiques du périnée, mais on peut prendre sur la malade elle-même un point d'appui permettant de fixer un périnée artificiel au devant du naturel; il pourra être exactement appliqué

sur le vrai périnée pour permettre son élargissement dans le sens transversal et s'opposer à son allongement d'arrière en avant.



Deux rubans de soie ou de laine de 15 millim. de largeur sur 80 centim. de longueur portent une boucle à une de leurs extrémités. Chacun d'eux est placé dans chacun des plis de l'aine, la boucle regardant en haut; ils descendent le long de ce pli, qu'ils contournent, pour remonter en arrière dans le sillon interfessier. Un peu au delà de l'anus, les deux rubans se rencontrent et s'accollent dans une étendue de 8 ou 10 centimètres, ils continuent de remonter dans le sillon, au delà duquel ils se séparent de nouveau en se portant, l'un à droite et l'autre à gauche, pour contourner les hanches droite et gauche, et redescendre en avant à la rencontre des boucles, dans lesquelles ils s'engagent pour donner à l'appareil la tension nécessaire.

On a ainsi deux rubans fortement tendus dans chacun des plis de l'aine, à la peau duquel ils semblent pour ainsi dire collés, constituant ainsi, de la manière le plus solide, le support de l'appareil.

On a préalablement placé à cheval, sur chacun de ces rubans et dans une étendue d'environ 12 centimètres, un morceau de maroquin rouge dont les extrémités sont réunies par des crochets analogues à ceux avec lesquels on lace les bottines, on a ainsi constitué une sorte de volet qui s'ouvre et se ferme au-devant du périnée de la malade, et que l'on place de manière que le premier crochet corresponde au rectum, et que la série longe chacun des côtés du périnée. Lorsque ce dernier commence à bomber fortement, lorsque la tête commence à le déborder, on place au-devant de lui un morceau de moleskine qui va lui servir de doublure, et qui dépassera de quelques centi-

mètres son bord libre. Un fil de caoutchouc de 4 millim. de diamètre étant fixé à l'un des premiers crochets voisins du rectum, on le fait passer sur le crochet opposé, et en allant ainsi de l'un à l'autre, on fait un lacis élastique au-devant du périnée et de l'étoffe qui le double.

Le dernier tour de ce lacis sera passé à 2 ou 3 centimètres au delà du bord libre du périnée; il l'empêchera ainsi de s'allonger dans le sens antéro-postérieur, et évitera, par conséquent, cet amincissement considérable, cette invite à la déchirure si redoutée des accoucheurs; du reste, le passage de la tête ne se fera plus sur le bord du périnée lui-même, mais bien sur l'étoffe souple, glissante et élastiquement soutenue par les fils de caoutchouc.

La dilatation du périnée, qui ne peut plus se faire dans le sens de l'allongement et par l'amincissement de son bord libre, se fera entièrement dans le sens transversal en empruntant à la peau des cuisses une partie de l'étoffe nécessaire pour se produire. En conséquence, les dernières spirales du fil de caoutchouc qui doivent s'opposer à l'allongement devront être mises en double et être assez fortement tendues, tandis qu'on donnera une certaine laxité à celles plus inférieures qui devront permettre la dilatation dans le sens transversal, et, en même temps, favoriser le mouvement de déflexion.

P. N.

Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal, par Maldenhauer, traduit par Potiquet. — Asselin et Houzeau, Paris, 1888.

De la lecture de ce très intéressant ouvrage, une impression se dégage tout d'abord, c'est qu'il constitue une œuvre essentiellement clinique, où l'observateur exercé se révèle à chaque pas.

Les questions d'étiologie, la symptomatologie, le traitement, les procédés opératoires ont un cachet personnel qui nous sort un peu des banalités classiques, auxquelles les traités du même genre, tant français qu'étrangers, nous ont habitués.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première est consacrée à l'anatomie du naso-pharynx, la deuxième à la séméiologie des affections de cette région, aux procédés d'exploration et à des généralités; enfin, dans la troisième, de beaucoup la plus étendue, sont exposées les maladies des fosses nasales, du pharynx supérieur et des sinus.

La description anatomique contient certains détails qu'on chercherait vainement dans les meilleurs traités d'anatomie : celle du méat moyen, si importante à cause des sinus qui s'y abouchent, est surtout traitée avec détails, et je ne saurais trop en recommander la lecture à ceux qui s'occupent de rhinologie.

Plusieurs figures, dont deux sont empruntées à l'ouvrage de Fuckerkandl, aident à l'intelligence du texte.

La deuxième partie expose d'abord la séméiologie des affections de la région : anomalies de la sécrétion, épistaxis, diminution ou abolition de la perméabilité des fosses nasales, troubles de l'odorat, du goût, etc.; puis, ensuite, la technique de la rhinoscopie antérieure et postérieure, ainsi que la description des parties des fosses nasales et du pharynx supérieur que les procédés d'investigation nous dévoilent.

Dans la troisième, l'auteur qui a écourté certains chapitres, lesquels sont plutôt du domaine de la grande chirurgie (tumeurs malignes des fosses nasales, polypes naso-pharyngiens), entre en plein dans son sujet.

Là, quelques lacunes existent. Le traumatisme ne suffit pas, comme il le dit, à expliquer toutes les déformations de la cloison, et j'aurais désiré trouver au paragraphe consacré à leur traitement, au lieu d'une critique de certains procédés employés, des indications pratiques sur les moyens d'y remédier. Il y avait là une lacune qu'on aurait su gré au traducteur de combler; et je suis surpris pour ma part qu'il n'ait pas fait mention en particulier de la scie de Krause ou de Boswoth, qu'il connaît cependant.

Au chapitre des affections du vestibule, l'auteur insiste sur ce fait, à mon avis trop souvent méconnu, que les érysipèles récidivants de la face sont presque toujours en rapport avec une affection nasale, particulièrement avec les crevasses de l'entrée des narines. La description des lésions objectives du coryza chronique, visibles par la rhinoscopie antérieure et postérieure, est excellemment traitée, mais celle du catarrhe chro-

nique du pharynx nasal n'offre pas toute la netteté désirable. La faute en est, du reste, peut-être plus au sujet qu'à Maldenhauer lui-même.

Le chapitre qui traite de la rhinite chronique fétide, ou ozène simple, est un des plus attachants de l'ouvrage, aussi bien par l'examen critique auquel l'auteur se livre touchant la pathogénie et l'étiologie de l'affection, que par la description minutieuse des ésions.

Il estime que, dans la syphilis, la cloison peut subir de grandes pertes de substance, sans qu'il en résulte de déformation extérieure du nez, et, différant en cela de nos maîtres, il attribue la dépression du nez en encoche, qu'on observe dans ce cas, à l'inflammation du tissu conjonctif qui réunit la portion membraneuse et cartilagineuse du nez aux os propres.

Cette opinion est nouvelle, et, si je lui accorde une mention spéciale, c'est qu'elle peut constituer un sujet d'études.

Avec Voltini, Chiari, Bresgen, il rapporte, dans la très grande majorité des cas, l'épistaxis dite idiopathique à la présence d'une petite érosion sur la portion antéro-inférieure de la cloison.

Au sujet du traitement des polypes muqueux, il est une recommandation sur laquelle je crois utile d'insister, c'est que leur ablation ne doit jamais être faite à l'aveugle. L'auteur rejette avec raison l'emploi des diverses pinces à polype; ce qu'elles ont causé de ravages, seuls les nez des patients le savent.

Le chapitre des végétations adénoïdes est d'un haut intérêt. Lorsque l'auteur exprime cette opinion : « Le toucher digital suffisant pleinement pour s'assurer de la présence ou de l'absence de végétations adénoïdes, il n'est pas de médecin, et les spécialistes ne sont pas en cause, qui soit à l'avenir excusable de méconnaître une affection si importante et si répandue chez les enfants », nous ne pouvons qu'y souscrire.

Les théories sur les névroses réflexes d'origine nasale sont clairement exposées, et l'ouvrage se termine par un chapitre sur les maladies des sinus et, en particulier, sur celles du sinus maxillaire, qui est un peu écourté, mais que le traducteur a enrichi de notes fort intéressantes. La part qui lui revient dans le succès de cette œuvre est grande. Le travail bibliographique auquel il a été obligé de se livrer, pour tenir ce livre au courant de la science, a été considérable. Il faut lui savoir gré d'avoir passé une année entière à traduire et annoter un bon livre, lorsqu'à l'exemple de tant d'autres il lui eût été si facile de réunir en un volume tous les matériaux qu'il a recueillis, de le signer, et de nous le donner comme œuvre originale.

Parmi ses annotations, il en est une qui, plus particulièrement, mérite l'attention : c'est celle qui a trait aux symptômes de l'épanchement purulent dans le sinus maxillaire. Il estime, et en cela je suis amplement de son avis, que le coryza caséeux devrait être rayé de la nosographie des fosses nasales. Dans les observations publiées avec cette étiquette, il s'agissait, le plus souvent, les corps étrangers mis à part, ou de suppuration du sinus maxillaire, ou de kystes folliculaires de la mâchoire, probablement de la variété butyreuse (Magitot), venant, après avoir envahi le sinus, déverser leur contenu dans la fosse nasale. Le coryza caséeux ne constitue pas plus, à mon sens, une entité pathologique que la suppuration ou la toux. C'est un symptôme.

L'analyse ci-dessus était terminée et je m'apprêtais à l'envoyer au journal, lorsque dans les *Archives de rhinologie* (numéro de novembre 1888), j'ai lu, sous la signature de mon excellent confrère Ruault, une critique plus que sévère de l'œuvre de Maldenhauer et des annotations de son traducteur. De l'appréciation différente de la mienne, je ne me serais pas autrement préoccupé, convaincu qu'à une lecture plus approfondie les opinions du signataire se seraient d'elles-mêmes modifiées, si je n'y avais vu deux critiques que je tiens à relever. La première a trait aux annotations. « M. Potiquet, dit M. Ruault, a ajouté des notes, dont quelques-unes sont intéressantes, et qu'on pourrait d'ailleurs attribuer à Maldenhauer lui-même, si l'indication *note du traducteur* ne nous apprenait à qui elles appartiennent; en effet, M. Potiquet n'y cite guère que des travaux allemands, recommande l'emploi d'instruments allemands, et quand il y parle d'auteurs français, c'est souvent pour combattre leurs opinions... » Si les noms français n'y sont pas plus nombreux, la faute n'en est pas à l'annotateur. De même pour

les instruments allemands, de quoi se sert-on dans nos cliniques françaises? De l'abaisse-langue de Türck, du manche de Schech, de la pince de Lœvenberg, de la curette de Gottstein, et le crochet de Krause, ceux de Hartmann, de Creswel-Baber, le trocart de Mickulicz ont-ils des analogues chez nous? Certes non, et un auteur consciencieux est bien obligé de prendre ses indications où il les trouve.

M. Ruault dit encore qu'il est inutile aujourd'hui de traverser les Vosges pour acquérir en rhinologie et en otologie des connaissances solides, et qu'à l'Institut des sourds-muets, par exemple, on trouve autant d'éléments qu'on veut.

Certes, oui, ces éléments existent aux Sourds-muets, et il fut un temps où ceux qui enseignent aujourd'hui en Allemagne venaient chez nous acquérir ce qui leur manquait. Les éléments sont les mêmes aujourd'hui et cependant Paris est délaissé par ceux qui veulent faire des études spéciales, au profit des Universités étrangères.

En terminant que M. Ruault me permette un souhait. Il est chef de service aujourd'hui à l'Institut des sourds-muets; qu'il fasse renaître la splendeur passée, qu'il ramène chez nous le courant qui se dirige vers l'Allemagne, toutes choses dont nous le croyons capable, et non seulement il aura fait œuvre utile, mais nous tous, la génération actuelle des spécialistes, nous applaudirons à son succès. — Dr HERMET.

REVUE DES JOURNAUX

Le strophantus comme antipyrétique, par ROVIGLI et MARTINI. (*Therap. Gaz.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1888.) — L'auteur a employé le strophantus dans 4 cas de phthisie à fièvre persistante; 4 à 6 minimes toutes les six heures (1); la température tombe de 2 ou 3°. Dans la péritonite tuberculeuse et intestinale, la température s'abaissa de 40° et 40°5 centig. à 37°3 après douze heures, sous l'action de 3 minimes de la teinture répétée toutes les six heures; de plus, aussi longtemps qu'il persista dans l'administration du médicament, la température resta stationnaire dans les environs de la normale.

Dans un cas de fièvre typhoïde, l'administration de 4 à 6 gouttes abaissait de 2 degrés la température.

En même temps, diminution du mal de tête, sensation de bien-être, diminution de fréquence du pouls; rien du côté du tube digestif.

Martini (de Sienne) refuse cependant au strophantus toute valeur antithermique.

P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Fevioux, qui rappelle que le Conseil de salubrité de la Gironde a, en 1858, pris des résolutions tendant à inviter le gouvernement à rejeter l'emploi du phosphore rouge de la fabrication des allumettes ;

2° Une lettre de remerciements de M. J.-B. Teissier;

3° Des mémoires de M. Lorenzo (de Naples) qu'il envoie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger;

4° Un mémoire de M. Chatain, sur la vaccination animale dans l'armée;

5° Une note de M. Rotillon, sur la vaccination dans les écoles communales du Xe arrondissement.

(1) Le minime vaut 0 c.c., 059.

M. MOUTARD-MARTIN est élu par 54 voix vice-président pour 1889.

M. FÉRÉOL est élu secrétaire annuel par 58 voix.

MM. LABOULBÈNE et PLANCHON sont élus membres du Conseil.

— M. ROBIN lit un rapport sur des demandes d'autorisation d'exploitation d'eaux minérales.

— M. M. SÉE lit un rapport sur la communication de M. Laugier, relative au suicide chez les aliénés.

— M. GARIEL propose une modification à l'emploi de la chambre claire dans le microscope. Les grandes images sont parfois utiles, mais on ne peut plus les dessiner dès que la distance est grande, parce qu'elles se font hors de la portée de la main. On peut obtenir des images de grandes dimensions, en plaçant une lunette de Galilée entre la chambre claire et la feuille de papier. Le dessin est par conséquent facile.

— M. Gustave LAGNEAU, rendant compte d'un mémoire de M. le docteur Arthur Chervin sur le nombre des enfants par ménage d'après le dernier dénombrement, constate que 20 sur 100 des ménages recencés sont sans enfant.

Bien que beaucoup des ménages notés comme n'ayant pas d'enfant lors du dénombrement aient pu en avoir et aient pu les perdre antérieurement, il ne pense pas qu'il n'y ait que 8 ménages stériles sur 100 ménages en général, ainsi que le croit M. Chervin. Il faudrait que la mort eût atteint tous les enfants de plus de la moitié, de 12 sur 20 des ménages recencés comme étant sans enfant.

D'après les documents recemment réunis par M. Charpentier, ainsi que par lui-même, M. Lagneau est porté à penser que la proportion des ménages stériles, n'ayant pas et n'ayant pas eu d'enfant vivant, est d'environ 12 à 13 sur 100.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ENTORSE. — Félix Lagrange.

Lorsque l'entorse n'est pas compliquée, on pratique une longue séance de massage, à la suite de laquelle on applique une bande de caoutchouc. Par dessus la bande de caoutchouc, on étale des compresses réfrigérantes. — Si l'entorse est compliquée, on ne pratique aucune manipulation et on applique d'emblée la bande élastique. — Dans le cas où, vers le 4e ou le 5e jour, apparaissent des accidents aigus, une arthrite traumatique intense, on immobilise le membre dans une bonne position, et on voit s'il n'y a point lieu de pratiquer un débridement. — Lorsqu'il s'agit d'entorse compliquée, accompagnée d'accidents inflammatoires subaigus, le massage est dangereux et ne doit être employé que plus tard, quand l'entorse est devenue chronique, avec empâtement du membre et raideur articulaire. Dans le but de rétablir les mouvements de la jointure, on combine avec le massage, les douches, l'électricité, divers exercices d'assouplissement, et on prévient ainsi la formation d'une ankylose. — Si l'entorse a été suivie d'une arthrite chronique, il faut se garder de mobiliser trop vite l'articulation, car les mouvements intempestifs entretiennent l'inflammation, qui par ses exsudats plastiques peut produire l'ankylose, tandis que l'immobilisation rigoureuse est un puissant antiphlogistique. — N. G.

COURRIER

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Le jury s'est constitué.

M. de Beurmann, Bourcy, Cuffer, Marfan, Mathieu, Morel-Lavallée, et Salomon avait écrit une lettre de désistement.

Voici l'ordre dans lequel les candidats ont subi et subiront l'épreuve de trois quarts d'heure.

1re Séance, — lundi 17 à cinq heures — MM. Combemale — Gaucher.
2e Séance. — Juhel-Renoy — Richardière.
3e Séance. — Mesnard — Martin.
4e Séance. — Colin — Marie.
5e Séance. — Letulle — Brault.
6e Séance. — Suzanne — Aubry.
7e Séance. — Babinski — Barth.
8e Séance. — Balzer — Davezac.
9e Séance. — Netter — Chantemesse.
10e Séance. — Gilbert — Charrin.
11e Séance. — Vibert — Roque.
12e Séance. — Jeannel — Sarda.
13e Séance. — Royet — Gueit.
14e Séance. — Grenier.

Il y aura séance tous les jours, sauf samedi 22 décembre.

Les questions données dans les deux premières séances ont été : Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac. — Syphilis des amygdales.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — Les concours de la médaille d'or de médecine et de chirurgie se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine : MM. Widal, médaille d'or — Laffitte, médaille d'argent — Lesage, accessit.

Chirurgie : MM. Albarran, médaille d'or — Sébileau, médaille d'argent — Delbet, accessit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le doyen recevra le mercredi à dix heures et demie du matin, pendant toute la durée du concours d'agrégation de médecine.

Le secrétariat de la Faculté de médecine sera fermé le lundi 31 décembre 1888 et le mercredi 2 janvier 1889.

Le secrétaire recevra le samedi 5 janvier 1889, de deux heures à trois heures.

— En raison du concours d'agrégation en médecine, les cours professés par MM. Cornil et Mathias-Duval auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'École pratique (entrée : place de l'Ecole-de-Médecine) :

1° Le cours de M. Cornil les lundis et vendredis, à quatre heures ;

2° Le cours de M. Mathias-Duval les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

— M. le docteur Henriot est délégué aux fonctions de professeur de chimie analytique à l'École de physique et de chimie industrielles, en remplacement de M. Silva, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Audoyer (de la Couronne), Champonnier (du Vésinet), Million (de la Chaise-Dieu), Moriau (d'Uzès), Thomas (de Caen), Theulier (de la Ferté-sous-Jouarre) et Veltan (de Versailles).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 22 décembre 1888. — *Ordre du jour* : 1. M. LeBlond : Porolithe fluorhydrique. — 2. M. Rougon : Observation d'ataxie locomotrice syphilitique. — 3. M. Deligny : A propos de l'origine du tétanos.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Les recherches auxquelles se livre M. Clado dans le laboratoire de la Pitié, sous l'impulsion et la direction de M. le professeur Verneuil, montrent tout le secours que la clinique et la bactériologie peuvent se donner mutuellement. Un des derniers survivants de cette pléiade de laborieux qui a vulgarisé les études microscopiques en France, Lebert, Robin, Broca, Follin, etc., M. Verneuil, reste fidèle à cette branche prétendue à tort accessoire des sciences médicales, et dont il connaît aussi bien que qui que ce soit les ressources fécondes; aussi a-t-elle toujours été cultivée dans son service, et, en dernier lieu, on sait avec quel succès, par son élève, M. le docteur Nepveu.

Après avoir étudié le pus des abcès consécutifs à l'anthrax, à la fièvre typhoïde, ce qui a amené M. Verneuil à proposer une nouvelle classification des abcès, M. Clado vient d'étudier les microbes renfermés dans les kystes dermoïdes. Des résultats obtenus, les deux savants collaborateurs tendent à admettre, conclusion assez imprévue, mais très probable, que les microbes trouvés par M. Clado sont la cause du développement des

FEUILLETON

CAUSERIE

La pleurésie phthisiogène de Germinie Lacerteux. — *Confirmation par les faits d'idées extraordinaires.* — *Encore d'autres factums charlatanesques.*

La pièce qu'on vient de jouer à l'Odéon m'a donné envie de relire le roman d'où elle est tirée. Ce n'est pas précisément hier que je l'ai lu pour la première fois. Nous avons fait notre entrée ensemble en seconde, il y a bien près de vingt-cinq ans, et nous avons bien failli en sortir brusquement l'un sans l'autre. Vous connaissez le *truc* des collégiens qui veulent lire un roman en classe; ils le déchirent page par page et l'intercalent de même, page par page, entre celles d'un autre livre, généralement un dictionnaire. Ce procédé est mauvais; le surveillant ou le professeur, s'il jette les yeux de votre côté, voit un petit feuillet entre deux plus grands, et vous êtes pincé. C'est ce qui m'arriva. Heureusement, je pus démontrer que je n'avais lu que les deux premiers feuillets, c'est-à-dire les quatre premières pages, toute la préface — et au lieu d'être renvoyé, comme m'en menaça dans le premier moment le proviseur *ab irato*, je ne fus que privé de sortie du dimanche. Mais le dimanche suivant je me dédommageai en m'enfermant — consigné volontaire — dans la chambre d'un mien oncle, fort indulgent pour ces

kystes dermoïdes, ce qui impliquerait la préexistence, dans le système vasculaire, du principe donnant lieu à leur formation. Si on admet qu'une blessure permette la sortie de ces microbes hors du système sanguin et leur greffe dans un tissu favorable à leur developpement, les kystes dermoïdes naîtraient donc d'une manière assez analogue aux kystes hydatiques et à d'autres manifestations locales des diathèses actuellement reconnues microbiennes.

— Le dernier discours si remarqué de M. le professeur Proust, à la séance annuelle de l'Académie de médecine, était le chant du cygne de l'éminent académicien, au moins comme secrétaire annuel; car, s'il a cru devoir se démettre de cette fonction pour pouvoir se consacrer plus utilement à d'autres, ces autres sont assez importantes et il les remplit trop bien pour que sa disparition du bureau de l'Académie fasse conclure à sa disparition de la vie publique.

La nomination de M. le docteur Féréol à la place laissée vacante par la démission de M. le professeur Proust sera bien accueillie par tout le monde; car si les fonctions de secrétaire exigent beaucoup d'ordre, d'exactitude et de courtoisie, on peut dire que nul ne possède ces qualités à un plus haut degré que le nouveau secrétaire annuel de l'Académie.

La candidature de M. Moutard-Martin au fauteuil présidentiel était de celles qui s'imposent, témoin la belle majorité des suffrages qui a assuré son élection. On ne peut donc que féliciter à la fois M. Moutard-Martin de sa nomination et l'Académie de son choix.

Dans cette séance, presque entièrement consacrée aux votes, car il fallut nommer diverses commissions pour 1889, MM. Lagneau, Gariel et M. Sée ont à peine trouvé place pour lire des rapports intéressants, mais trop peu écoutés, sur des sujets dont il a été question dans notre dernier numéro.

— La maladie dont souffre actuellement l'empereur allemand Guillaume, et qui, à tort ou à raison, est considérée chez nous comme une carie de l'oreille interne, commence à faire l'objet de communications et de dis-

---

sortes de péchés, et je lus d'un seul trait *Germinie Lacerteux*. Je ne vous dirai pas que j'ai compris alors toute la philosophie du livre de MM. de Goncourt; j'ai peut-être admiré le tempérament passionné de Germinie, mais je suis bien sûr d'avoir éprouvé un tout autre sentiment pour Jupillon fils. Quel sale être! comme nous disions alors.

Aujourd'hui, ce qui m'a intéressé, ce n'est pas toute cette physiologie de la débauche qui remplit les trois quarts du livre; c'est le genre de mort de l'héroïne. Germinie, dans une nuit de jalousie, reste à la porte de son amant pour guetter; il pleut; mais elle reste quand même : si elle attrape un refroidissement, je n'ai pas besoin de vous le dire; néanmoins, elle tient bon, et continue à servir sa maîtresse sans vouloir se soigner, si bien qu'un médecin appelé ne la voit que pour constater une pleurésie en voie de guérison. Mais la guérison n'est pas complète; le poumon s'ulcère, puis survient la phthisie, qui détermine la mort.

Voilà donc un cas bien net de *pleurésie phthisiogène,* daté au plus tard du mois d'octobre 1864. MM. de Goncourt, comme les gens de génie, ont deviné ou observé (je ne sais si l'un d'eux est médecin) que la pleurésie peut donner naissance à la phthisie ou être un des premiers et redoutables symptômes de la tuberculose pulmonaire. Aujourd'hui que l'on s'occupe beaucoup de cette question dans notre monde médical, j'ai trouvé intéressant de signaler ce fait, auquel n'ont probablement pas beaucoup songé les auteurs du roman. Ils ont fait mourir leur héroïne d'un rhume négligé mais ils ont tracé les caractères et la marche du mal d'une manière que ne renierait pas l'auteur du meilleur traité de clinique médicale que nous possédions.

cussions dans les Sociétés médicales de Berlin. Otologistes purs et chirurgiens (entre autres, von Bergmann) forment deux camps déjà tranchés, les uns vantant les bienfaits des irrigations antiseptiques, les autres la nécessité de la trépanation de l'apophyse mastoïde, suivie du grattage du foyer de l'abcès. Attendons-nous à des choses intéressantes à ce sujet, comme au temps de l'empereur Frédéric.

— Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'arrêté ministériel concernant le concours aux places de médecins et chirurgiens suppléants et d'internes, à la suite de la réorganisation de Saint-Lazare. — L.-H. P.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par M. Desplats. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 1888, octobre.) — 23 malades ont suivi le traitement assez longtemps. Les séances étaient d'une heure, 18 mamalades en ont eu une par jour, 5 deux. La soufflerie envoyait 700 à 1,000 litres d'air par séance. 2 malades ont dû interrompre, et plusieurs se sont plaints de coryza, d'étouffement et de céphalalgie.

Sur 23 malades, il y a eu : 6 améliorations (25 à 30 séances); 7 aggravations (10 à 30 séances); 10 *statu quo* (7 à 35 séances).

La fièvre n'a jamais été influencée. Le poids a augmenté légèrement 6 fois, sensiblement 2 fois, diminué 6 fois et n'a pas varié dans 9 cas. Dans 13 cas, l'appétit a été augmenté, il a diminué 4 fois et est resté 6 fois stationnaire. Les crachats n'ont diminué que chez trois malades.

M. Desplats conclut qu'il n'y a pas d'action sur la phthisie. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

10 décembre 1888.

De la mensuration des os longs des membres et de ses applications anthropologique et

*
* *

Un autre homme de génie par sa clairvoyance, son instinct des grandes découvertes et des grands progrès de la science, c'est M. Jules Verne. Deux de ses inventions théoriques, de ces belles idées qu'il a développées dans deux volumes consécutifs : *Vingt mille lieues sous les mers* et *l'Ile mystérieuse*, qui fait suite au premier, viennent de se réaliser. Le *Nautilus* a donné naissance au *Gymnote*, qui a fait ses preuves dans le port de Toulon, et le volcan d'où était sorti *l'Ile mystérieuse* vient d'éclater et de disparaître comme M. Jules Verne avait supposé que devait disparaître une île d'origine plutonique. Je n'insiste pas sur ce parallèle, qui n'a rien de médical, mais je tenais à signaler le rapprochement, qui m'avait frappé et qui paraît avoir échappé aux membres de la commission anglaise chargée de recueillir les documents relatifs à l'explosion sous-marine qui a détruit l'île de Krakatoa. Cette île, ainsi que deux ou trois voisines, faisait partie des parois d'un immense volcan sous-marin ayant des bouches dans chacune d'elles; au cours d'une éruption des plus violentes, une fissure se fit probablement dans les parois du foyer central, la mer y entra, et la vapeur d'eau surchauffée fit éclater les parois comme celles d'une simple marmite ou d'une chaudière. Ainsi sauta *l'Ile mystérieuse*, comme le décrivit et l'expliqua minutieusement, dans ses causes et ses résultats, M. Jules Verne, il y a une quinzaine d'années.

Et, maintenant, attendons-nous à voir réaliser son système de ballon dirigeable.

médico-légale, par M. Etienne Rollet. — « Nous avons mesuré, avec la planche ostéométrique de Broca, les os longs des membres de 100 cadavres (50 hommes et 50 femmes), dont nous avons noté la taille et l'âge. C'étaient des adultes et des vieillards décédés dans les hôpitaux de Lyon. Nous avons pu constater ainsi, au point de vue de la longueur, que les os longs des membres présentaient de chaque côté du squelette une asymétrie notable. Ces inégalités de longueurs, alternes ou non, des os homologues sont très fréquentes, tant chez le vieillard que chez l'adulte, tant chez la femme que chez l'homme. De plus, l'étude comparative de la longueur des os avec la taille des individus montre que chez l'homme, dans les petites tailles, les membres sont proportionnellement plus longs que dans les grandes tailles et que chez la femme le membre inférieur est plus court, mais le membre supérieur est plus long; enfin, les différences proportionnelles sont moindres chez la femme que chez l'homme.

D'autre part, en prenant comme point de départ la taille moyenne chez l'homme et chez la femme, nous nous sommes assuré que, lorsque la taille s'élève, la longueur des os augmente progressivement et que, lorsqu'elle s'abaisse, la longueur des os diminue. Bref, du tableau synoptique que nous avons dressé, il résulte qu'un os étant donné, il suffit de le mesurer et de chercher dans la colonne des tailles celle qui répond aux chiffres trouvés. »

17 décembre 1888.

Présence de microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face, par MM. Verneuil et Clado. — « Quatre cas récents de kystes dermoïdes congénitaux nous ont permis d'étudier la question des microbes dans ces tumeurs congénitales, en constatant leur présence dans trois d'entre elles, c'est-à-dire dans deux kystes dermoïdes du plancher de la bouche et un kyste dermoïde de la queue du sourcil. Le liquide recueilli dans chacune de ces trois tumeurs renfermait des microbes pathogènes, dont nous avons pu étudier la forme et les dimensions, et que nous avons pu cultiver et inoculer, entre autres animaux, à des souris. Par contre, nous n'avons trouvé aucun microbe dans les parois de ces tumeurs.

Quant au quatrième kyste, les résultats sont très douteux.

Nous devons ajouter que les kystes renfermant des microbes étaient tous trois en voie d'accroissement. »

---

*
* *

Notre *Causerie* sur le charlatanisme nous a valu de précieux encouragements à persévérer dans la campagne que nous avons entreprise contre cette branche illégale et ignorante le plus souvent de l'art de guérir. Ce n'est pas sans intention que je dis « ignorante le plus souvent », car elle n'est pas toujours ignorante. En effet, nous avons rapporté, il y a quelques mois, le fait d'un docteur bel et bien diplômé de la Faculté de Paris et qui affectait tout haut d'exercer sans diplôme pour s'attirer les sympathies de la foule, — ce qui ne manqua pas d'arriver, — si bien que le commissaire de police jugea à propos d'intervenir dans les affaires de notre confrère. Et qui fut bien interloqué quand celui-ci exhiba son parchemin? Ce fut le commissaire.

Ce malin confrère n'est qu'une unité d'un certain nombre de praticiens *ejusdem farinæ*, je dis avec diplôme, qui, comme le prétend la Sagesse des nations, font l'âne pour avoir du foin. Un de nos lecteurs des Bouches-du-Rhône m'écrit que pareil fait se passe près de chez lui. Il s'agit d'un médecin que le vulgaire croit dépourvu de diplôme, mais qui n'en est pas moins parvenu à s'installer dans une commune qui lui accorde le logement et un traitement. Voilà une commune bien soignée, car son médecin ne possède pas moins de sept remèdes infaillibles, secrets malheureusement, pour les hémorrhoïdes, les rétrécissements de l'urèthre, quelque vieux et quelque prononcés qu'ils soient, le cancer, etc. Sept remèdes infaillibles! Si seulement j'en avais un seul, pour

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 décembre 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues; — *Boletin de Sociedade de medicina e cirurgia de Rio-Janeiro*, anno III, n° 7; — de la part du docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro), membre associé étranger, un volume intitulé : *de l'asthme dans l'enfance et de son traitement.*

— M. DUROZIEZ fait une communication sur l'emploi du corset de Sayre. (Sera publiée.)

M. WICKHAM : Je ne nie pas le succès obtenu par M. Duroziez, mais je crois que, d'une façon générale, il doit être nuisible de pratiquer une suspension de quelques minutes pendant vingt jours consécutifs sans la faire suivre d'immobilisation.

M. RELIQUET : La pratique de Sayre est venue précisément pour lutter contre la méthode de Verneuil. Sayre cherche à guérir le mal de Pott en redressant la colonne vertébrale sans gibbosité. On peut lire, à cet égard, son ouvrage, qu'a traduit notre regretté collègue Thorens.

M. DUROZIEZ : Je n'ai pas d'autorité en la matière. Je dis seulement que, si l'on veut appliquer le corset sur une colonne vertébrale redressée, il faut habituer l'individu à être *pendu*, et ce n'est pas chose facile. J'ajoute que tous les maux de Pott ne se ressemblent pas, et j'insiste sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à laisser un malade dans la même camisole pendant trois mois; il peut se produire des ulcérations, des éraillures de la peau, et l'on est obligé d'enlever l'appareil.

M. DE BEAUVAIS : Dans un cas de mal de Pott, j'ai eu l'occasion d'appliquer un corset; mais, au bout de très peu de temps, il a fallu l'enlever : la jeune fille ne le supportait pas. Je crois donc que le corset n'est pas toujours applicable.

M. DUROZIEZ : Si, en pendant le malade, on provoque de la douleur, il faut s'arrêter. Mais, s'il y a un soulagement, on est autorisé à continuer. Il est évident que le chirurgien ne peut pas tenir toujours la même conduite.

M. GILLEBERT-D'HERCOURT : J'ai appliqué le corset quatre fois. Dans deux cas, j'ai pu suivre le malade, et le résultat a été parfait. Une fois, il s'agissait d'une jeune fille amaigrie; elle a rapidement engraissé et il a fallu enlever l'appareil auquel on n'avait

---

n'importe quoi, c'est moi qui le mettrais en action (je ne dis pas en *actions*, par ce temps de Panama.....)

Et puis, vous ne savez pas tout; il fait ses visites en tricycle! Quel génie!

Je ne puis résister à l'envie que j'ai de vous donner un spécimen de son prospectus pour que vous vous fassiez une idée de son instruction et que vous m'aidiez à résoudre le problème suivant :

Comment un jury a-t-il pu accorder un diplôme à un homme qui possède un tel français et un semblable langage scientifique? — Mon honorable correspondant des Bouches-du-Rhône a jeté sa langue aux chiens et j'en fais autant.

« A la suite des expériences faites depuis l'année 1870, et ayant obtenu un plein succès pour la guérison de cette vilaine affection qui se nomme *dartre*, surtout lorsqu'elle se montre sur une partie du corps pouvant être vue de tout le monde, M. Saint-Cynnatus ayant, dans ses deux voyages des deux Amériques, fait une découverte pour la destruction de cette affection, engage les personnes qui en sont atteintes à se présenter chez lui, ou bien, pour leur éviter tout dérangement, à lui écrire, en lui indiquant la partie du corps où le dartre (au masculin, s'il vous plaît) est situé. Il en est de même des démangeaisons.

J'ai obtenu jusqu'à ce jour de merveilleux résultats et j'ai à l'appui de nombreux certificats légalisés par MM. les maires. (Parions que ces maires n'avaient pas de dartres, masculines ou féminines!) La guérison pour un dartre mesurant une largeur de 20 centimètres ne dépasse pas trois semaines, et six jours pour un de 5 centimètres.

pas fait de valves. Dans le second cas, j'avais laissé une fenêtre, appliquant un ballon de caoutchouc et deux attelles plâtrées : ce corset a été porté deux mois sans accident. C'était une jeune fille qui avait déjà une forte tuméfaction dans le transverse de l'abdomen; cette tuméfaction a complètement disparu.

M. Polaillon : Sayre avait pour but de faire cesser la douleur par son procédé de suspension. Mais il est évident que, si, en suspendant, on provoque de la douleur, il faut s'arrêter; dans ce cas, la manière de faire de Verneuil est logique. Mais, quand la suspension ne produit aucune souffrance, elle est indiquée. Pour ce qui est de la tolérance du corset, il est évident qu'il ne faut pas l'appliquer directement sur la peau : Sayre propose de mettre un tricot sous le corset; je ne crois pas que cela suffise, et j'enroule sur la peau une épaisse couche de ouate. Alors le corset peut être supporté deux ou trois mois, sans aucune gêne pour les différentes fonctions.

Des rapports de la syphilis avec le tabès.

M. Tissier : Puisque l'ordre du jour est épuisé, sur l'invitation de notre président, permettez-moi de vous communiquer verbalement une petite statistique qui vient à l'appui de ce qui a été dit par un certain nombre d'observateurs, et en particulier par le professeur A. Fournier, sur la fréquence de l'ataxie locomotrice chez les sujets syphilitiques. Incidemment, vous pourrez voir comme quoi il ne faut pas toujours se fier aux renseignements fournis par les malades.

C'était en 1875, le professeur Fournier venait d'appeler l'attention sur la syphilis comme cause fréquente du tabès. Un certain nombre de médecins, et j'étais du nombre, ne furent pas convaincus, et je me mis en campagne, espérant trouver un certain nombre d'ataxiques n'ayant jamais eu la syphilis.

Je me faisais ce raisonnement : tout tabétique ayant eu la syphilis, par cela même qu'il a eu la syphilis, va consulter le professeur Fournier, il n'est donc pas étonnant qu'il voie un grand nombre de tabétiques syphilitiques.

Il faut avouer que je suis tombé sur une bien mauvaise série pour combattre les idées de Fournier; je n'ai réellement pas eu de chance, car, sur sept tabétiques observés par moi de 1875 à 1880, je rencontre sept syphilitiques.

Le huitième ataxique que j'ai eu à soigner, c'était en 1883, n'avait jamais eu, m'a-t-il dit, la syphilis; le fait est que, malgré toutes mes investigations, je n'ai pu trouver chez lui ni antécédents syphilitiques ni stigmates de la vérole.

Le moyen est des plus faciles à employer; il ne produit ni douleur ni dérangement.

Ce produit américain (a beau mentir qui vient de loin!) possède cet avantage, qu'au premier moment de son emploi, c'est-à-dire dès la première lotion, le germe du mal est détruit, l'infection du sang est arrêtée, et la guérison ne se fait pas attendre. (Quel dentiste!)

Les personnes qui désireraient consulter M. Saint-Cynnatus sont priées de lui écrire et de joindre un timbre pour la réponse. Il leur fixera le jour où il pourra être visible, attendu qu'assez souvent il est obligé de s'absenter pour se rendre chez des clients éloignés de son domicile » (Cela va de soi. Mais, qui soigne sa commune pendant ce temps-là? Est-ce le maire?)

*
* *

Le plus grand reproche que j'adresse à ce factum, c'est d'être totalement dépourvu de sentiment. Il y en a, au moins, qui vous tirent, vous arrachent les larmes des yeux. Lisez plutôt le suivant :

« La vérité sort de la bouche des enfants. » Cette sentence, tant de fois répétée dans les familles, vient encore d'avoir sa confirmation.

La jeune femme d'un de nos amis était très gravement atteinte d'une bronchite — suite d'un rhume négligé. Malgré les soins les plus tendres, le mal résistait et traînait en longueur, la toux sèche et déchirante de la malade faisait à chaque instant *tressauter* notre ami, qui en *ressentait* comme le contre-coup douloureux : « Ah! que faire, disait-il les yeux pleins de larmes, pour la soulager?... »

Le neuvième malade, un homme de 35 ans, était, quand je le vis pour la première fois en septembre 1884, au début du tabès, dans ce que l'on a appelé la période préataxique. Il avait eu quelque temps auparavant une diplopie qui s'était passée sans traitement; il se plaignait de douleurs fulgurantes, de faiblesse dans les membres inférieurs, d'incertitude dans la marche; je constatais l'abolition complète des réflexes rotuliens.

Ce malade niait absolument avoir eu la syphilis. Je commençais à triompher; je fus bien vite désabusé; un parent du malade, étudiant en médecine, vint me donner les renseignements suivants : il y a plusieurs années, mon parent avait, dans la paroi abdominale droite, dans le voisinage du foie, une tumeur de la grosseur d'un petit œuf sur la nature de laquelle plusieurs médecins n'ont pu se prononcer. Sur les conseils du professeur Peter, le malade prit de l'iodure de potassium à haute dose; au bout de six semaines, la tumeur était complètement disparue.

Il y a deux ans, mon parent a eu une tumeur du testicule que le docteur Marchand, agrégé de la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux, a diagnostiquée testicule syphilitique; guérison prompte, du reste, à la suite d'un traitement antisyphilitique.

J'avais donc raison, en commençant, de dire qu'il fallait se méfier des renseignements donnés par les malades.

Le dixième tabétique que j'ai eu occasion de voir est un confrère qui avait eu la syphilis quinze ou seize ans auparavant.

Les onzième et douzième tabétiques sont deux anciens soldats qui avaient contracté la syphilis sous les drapeaux l'un treize, l'autre dix-huit ans auparavant.

Le treizième tabétique que j'ai soigné en 1886 est un ingénieur de 38 ans; il était ataxique depuis 1878. Je lui avais donné des soins au début d'une syphilis en 1869, époque où il était élève à l'Ecole des mines.

Le quatorzième et dernier tabétique vu cette année même est un magistrat de 36 ans qui avait eu la syphilis treize ans auparavant, étant alors étudiant en droit et habitant le quartier Latin.

Ainsi, pour me résumer, sur 14 ataxiques, un seul n'avait pas d'antécédents syphilitiques.

M. Trousseau : Dans le service du professeur Fournier, à Saint-Louis, où je pratique de nombreux examens oculaires, j'ai eu occasion de me convaincre maintes fois de la relation fréquente qui existe entre l'ataxie et la syphilis. Beaucoup de malades présentent pendant des années des phénomènes oculaires qu'on attribue à la syphilis (paralysies muscu-

---

Et il restait là, impuissant, épiant sur le visage aimé les angoisses de l'oppression qu'elle *ressentait*, avec l'appréhension de la toux prochaine... (et prêt à *tressauter*).

Tout à coup, dans le silence douloureux de la chambre, la voix du bébé, une gamine de 6 à 7 ans, qui, inconsciente, regardait près du feu les journaux à images apportés par son père, s'élève, et lit d'une voix douce, craintive, comme persuasive, la phrase suivante, qu'elle avait pu déchiffrer, grâce aux gros caractères à la quatrième page d'un journal : « Si vous toussez, prenez mon ours ! »

Ce fut comme un trait de lumière; il sembla à notre ami que cet avertissement, venu par la bouche de son enfant, était en quelque sorte sacré. Il sort précipitamment, et quelques instants après rentrait avec le précieux ours. Il l'offre à la malade, qui sourit et — ô prodige ! — de toute la nuit pas la moindre toux, ce qui permit à l'intéressante malade de reposer et à son mari de ne plus tressauter. (C'est d'autant plus merveilleux, notez bien, qu'il n'avait fait que lui offrir l'ours, et qu'il ne dit pas le lui avoir donné.)

Huit jours après, elle était sur pied, et notre ami enthousiaste envoyait au propriétaire de l'ours une superbe photographie où sa femme, son enfant et lui étaient réunis, avec cette dédicace : « De la part d'une famille qui vous doit la vie et le bonheur. »

Depuis ce temps, notre ami fait chaque jour une consommation effrayante de l'ours sus-dit, car il en fait prendre à tout le monde, et serait bien mal venu celui qui en dirait du mal devant lui.

Avez-vous été attendri? Avez-vous pleuré? Non. Alors, c'est que vous n'êtes pas aussi enrhumé que moi.

Simplissime.

laires, par exemple) jusqu'au jour où il devient évident qu'on pourrait aussi bien les attribuer au tabès qui se dessine peu à peu. Il est parfois difficile de saisir la part qui incombe à l'une ou l'autre de ces affections. Cette sorte de promiscuité des symptômes ne serait-elle pas un argument en faveur du rôle étiologique de la syphilis? J'ai eu occasion de suivre pendant cinq ans une dame que je soignais pour des paralysies des muscles de l'œil et des phénomènes pupillaires anormaux que je croyais pouvoir rapporter à la syphilis seule contractée il y six ans. Cette dame est devenue nettement tabétique.

M. Duroziez : Si la relation entre le tabès et la syphilis est si évidente, comment explique-t-on le peu de résultat du traitement spécifique?

M. Tissier : Le traitement antisyphilitique réussit au début du tabès dans la période préataxique; c'est pourquoi il est important de diagnostiquer le tabès à son début; car, à une période plus avancée, lorsqu'il y a sclérose des cordons postérieurs et que le tissu nerveux n'existe pour ainsi dire plus, que voulez-vous que fassent le mercure et l'iodure de potassium?

M. Dubuc : Il me paraît démontré qu'il existe une relation entre la syphilis et le tabès, car la syphilis est très fréquente chez les ataxiques. On comprend que le traitement soit sans efficacité quand la moelle est attaquée et altérée dans sa structure; cependant il améliore les malades et les fait vivre longtemps.

M. Reliquet : Je ne crois pas qu'on doive rattacher à la syphilis les troubles fonctionnels dits prémonitoires de l'ataxie locomotrice, et cela parce que le sujet qui les présente a eu, à une époque plus ou moins éloignée, la syphilis. Le fait que ces troubles disparaissent, après un traitement plus ou moins long à l'iodure de potassium, ne suffit pas pour dire qu'ils sont dus à la syphilis.

Nous savons tous combien sont variables ces troubles fonctionnels, dans leur durée, dans leur forme. Ainsi, du côté des voies urinaires, tantôt c'est de la rétention, tantôt de l'incontinence complète avec contracture de la vessie, tantôt de l'incontinence avec stagnation plus ou moins grande d'urine dans la vessie, etc. Puis tout à coup, presque sans transition, la miction redevient normale. D'autrefois, l'amélioration est progressive. Ce sont là les améliorations qu'on attribue au traitement antisyphilitique quand on l'a fait.

Puis, chez le même malade, apparaissent à un moment plus ou moins éloigné des troubles fonctionnels du côté d'un autre organe : des yeux, de l'estomac, des organes génitaux, etc.

Ainsi je vois, en ce moment, un ataxique qui a eu successivement des troubles fonctionnels du côté des organes génitaux ; des érections avec éjaculations spontanées très fréquentes l'épuisaient. A différentes fois, il a eu des crises urinaires; tantôt presque de la rétention avec très grande dilatation de la vessie; tantôt de l'incontinence avec contracture douloureuse de la vessie. Pour le moment, il est en pleine crise de dilatation de l'estomac qui rend impossible la digestion. Il faut vider l'estomac des liquides qu'il contient et le laver pour obtenir un peu de digestion. Depuis quelques jours il va mieux.

Ces troubles fonctionnels qui présentent des variétés si grandes dans leur siège organique, dans leur forme pour le même siège organique, dans leur durée chez les ataxiques confirmés, sont encore bien plus mobiles chez le sujet qui est au début de cette maladie, d'une durée possible extrêmement longue.

A propos du très intéressant mémoire que nous a lu M. Christian, je vous ai parlé d'un malade chez qui j'ai observé des troubles fonctionnels urinaires, simulant ceux du rétrécissement de l'urèthre, plus de seize avant que le tabes fût confirmé.

Mais de ce que ces troubles fonctionnels sont isolés, qu'il n'y a pas encore les autres signes confirmatifs de l'ataxie, doit-on en conclure qu'ils sont dus à la syphilis, parce que le sujet a eu un chancre il y a plus ou moins longtemps. Certainement *non*. C'est un ataxique et pas autre chose. Pour moi, ces malades sont de vrais ataxiques. Les autres diagnostic sont faux; mais, malheureusement pour le malade, on lui donne très

sincèrement un traitement antisyphilitiques qui ne réussit pas, qui peut même nuire dans une certaine mesure, parce que il n'y a pas encore les signes indiscutables de l'ataxie.

Cependant il y a, je crois, une très grande différence entre le sujet atteint d'une syphilis localisés dans la moelle ou le canal rachidien et celui qui a le tabès.

D'après l'anatomie pathologique, nous savons que la syphilis localise sa lésion sur le tissu conjonctif, sur le stroma conjonctif des parenchymes.

Il en résulte, dans ces cas de syphilis localisée dans la moelle ou le rachis, des phénomènes de compression des éléments anatomiques de la moelle ; de là les signes propres de cette compression que nous connaissons tous, dont la caractéristique principale est une exagération souvent énorme des réflexes des organes du corps placés au-dessous de la lésion médullaire.

J'ai eu à soigner plusieurs malades atteints de cette compression des éléments de la moelle d'origine syphilitique, chez qui les troubles urinaires étaient surtout une exagération très nette des réflexes, la contracture vésicale avec incontinence, douleur vive dans la vessie et l'urèthre, et une exagération énorme des réflexes des membres inférieurs.

Aussi, pour moi, quand aucun des réflexes du membre inférieur n'est troublé, n'est exagéré; quand je n'ai que les troubles urinaires, revenant par crises à des époques indéterminées et cédant sans raisons apparentes et cela même chez un sujet qui a eu la syphilis, je conclus à l'ataxie et je ne donne pas le traitement antisyphilitique.

M. Tissier : Pour être agréable à M. Reliquet, au lieu de période préataxique, je dirai période de début. Mais je crois que M. Reliquet s'est écarté de la question, telle que je l'avais posée, c'est-à-dire de la fréquence de l'ataxie locomotrice chez des sujets syphilitiques et je demande à M. Reliquet s'il a vu beaucoup d'ataxiques n'ayant pas d'antécédents syphilitiques.

M. de Ranse : Il se peut que M. Tissier soit tombé sur une série spéciale, comme on en rencontre souvent. Je vois beaucoup d'ataxiques, et si je faisais le relevé de tous ceux qui ont passé sous mes yeux depuis dix ans, j'arriverais à des résultats tout différents. On confond souvent des symptômes ataxiques accidentels dus à la syphilis avec l'ataxie locomotrice véritable.

La Société décide que la discussion continuera dans la prochaine séance.

ÉLECTIONS DU BUREAU POUR 1889

Président. — Votants, 22 : MM. Perrin, 19 voix; de Ranse, 2; bulletin blanc, 1.

Vice-présidents. — Votants, 21 : MM. Abadie, 16 voix; Leudet, 2; Ladreit de Lacharrière; 2; Dubrisay, 1.

Secrétaires annuels. — Votants, 22 : MM. Trousseau, 20 voix; Desnos, 19.

Conseil d'administration. — Votants, 22 : MM. de Ranse, 19 voix; Dubrisay, 19; Dubuc, 1; bulletin nul, 1.

Comité de publication : MM. Wickham, Luc, Desnos et Trousseau.

Le Bureau pour 1889 est donc ainsi composé :

Président : M. E.-R. Perrin.

Vice-Président : M. Abadie.

Secrétaire général : M. J. Christian.

Secrétaires annuels : MM. Desnos et Trousseau.

Trésorier : M. Thevenot.

Archiviste : M. Pellier.

Conseil d'administration : MM. de Ranse et Dubrisay.

Comité de publication : Wickham, Luc, Desnos et Trousseau.

— Le banquet annuel est fixé au samedi 19 janvier 1889 (commissaires : MM. Duroziez et de Beauvais).

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

FORMULAIRE

Sirop contre le tænia. — Thomson.

Chloroforme	4	grammes.
Sirop de sucre	35	—

Mêlez. — A donner en trois doses égales, la première à sept heures du matin, la seconde à neuf heures, et la troisième à onze heures. — A midi, le malade avale 35 gram. d'huile de ricin. L'expulsion du ténia a lieu une heure et demie à deux heures après l'ingestion du purgatif. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Menstruation régulière a deux ans. — Le docteur Diamant décrit dans la *Internat. Klin. Rundschau* le cas d'une petite fille qui a été réglée à l'âge de deux ans. La menstruation avait lieu régulièrement tous les mois, et durait chaque fois cinq jours.

Vers le douzième mois de son existence, l'enfant, qui est née en 1882, avait déjà toutes ses dents. En 1886, elle pesait 59 livres. Maintenant c'est-à-dire à six ans, elle pèse 79 livres. Elle est robuste ; la tête et les extrémités supérieures sont conformées comme chez les enfants de son âge, tandis que les extrémités inférieures, surtout les régions lombaire, fessière et les cuisses présentent un développement qui ne s'observe que chez les sujets pubères. Les seins sont très développés, et le pubis, ainsi que les fosses axillaires sont garnis de poils.

L'enfant a une voix de basse.

Depuis janvier 1888, les règles ne viennent plus, mais, à chaque période menstruelle, l'enfant est prise d'accès épileptiformes dont le nombre augmente chaque mois.

COURRIER

Réorganisation de Saint-Lazare. — Le ministre de l'intérieur, sur un rapport du directeur de l'Administration pénitentiaire, vient de donner satisfaction au vœu de l'Académie.

Dorénavant, l'organisation de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare comprendra :

3 médecins titulaires; — 1 médecin suppléant; — 2 chirurgiens titulaires; — 1 chirurgien suppléant ; — 2 internes.

Ce personnel se recrutera par la voie du concours.

Voici, *in extenso*, l'arrêté concernant ce concours :

Art. 1er. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux emplois de médecins suppléants ou de chirurgiens suppléants et aux postes d'internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Art. 3. — Pour l'admission aux emplois de médecins ou de chirurgiens suppléants, le jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des

Facultés de médecine de l'Etat, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Art. 5. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes au lit des malades).

Art. 6. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades) ;

3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Art. 7. — Pour les épreuves, la note maxima sera de 20 points ; elle sera de 30 points ; pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Art. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Art. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

Art. 10. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Relativement à la fréquentation de ces services par les étudiants en médecine, il pourra leur être délivré, par décision présidentielle, sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques.

Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feraient, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

Toute demande d'admission devra être adressée au ministre de l'intérieur. Le candidat devra justifier qu'il a pris au moins seize inscriptions.

Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

Les certificats d'admission seront exclusivement personnels, ils pourront toujours être retirés.

Jurisprudence médicale. — D'après un arrêté du tribunal civil de Saint-Etienne (1re Chambre, présidence de M. Duplessis, audience du 27 juin 1888), ayant pour titre : *Séparation de biens ; démence du mari ; péril de la dot*, si l'état de démence du mari n'est pas par lui-même un motif pour prononcer la séparation de biens, il peut en devenir un lorsque l'internement de l'aliéné dans une maison de santé occasionne des dépenses telles que la garantie des reprises de la femme doit fatalement disparaître, à bref délai.

Asiles d'aliénés de France. — *Concours pour les places de médecins adjoints des Asiles.* — Voici la liste des membres du Jury du concours qui s'ouvrira, le 20 décembre à la Préfecture, pour la *Région de Lyon* : Président, M. l'Inspecteur général A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les docteurs Pierret, professeur de clinique des maladies mentales, à Lyon, médecin en chef à l'asile public de Bron ; Danis, directeur médecin de l'asile public de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Boudrie, directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie) ; Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or). Juré suppléant : docteur Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne). — Pour la *Région de Paris*, le concours aura lieu le 26 décembre, à la caserne Lobau. Jury : Président, M. l'inspecteur général A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les docteurs Ball, professeur de clinique des maladies mentales ; Foucher, directeur-médecin de l'asile public de Nangeat (Haute-Vienne) ; Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne. Juré suppléant : docteur Mordret, médecin en chef de l'asile public du Mans.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1888, M. Bonnefoy, médecin de l'Ecole professionnelle d'ameublement, est chargé d'une heure de cours d'anatomie artistique à ladite Ecole.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur E. Blanc, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

— L'œuvre de l'hospitalité de nuit prépare, rue Saint-Jacques, un arbre de Noël pour les pauvres petits déshérités de la fortune qui se trouveraient à l'asile le 24 décembre. La plupart des bienfaitrices de l'œuvre assisteront à cette touchante petite fête, qui sera probablement présidée par une personnalité parisienne bien connue, dont la réception à l'Académie française a eu lieu dernièrement.

Société médico-pratique. — Séance du 24 décembre. — *Ordre du jour* : 1. M. Philbert : Rapport sur la demande d'honorariat de M. Rougon. — 2. M. D. Labbé : Rapport sur la candidature de M. Fourrier fils (de Compiègne). — 3. M. Pennel : Rapport sur le concours pour le prix de la Société. — 4. M. Bureau : Note sur un cas d'hydrocéphalie et sur un cas de grossesse quintuple. — 5. M. Huchard : Un nouveau symptôme cardiaque, l'embryocardie et son traitement. — 6. Elections pour le renouvellement du bureau. — 7. Rapport du secrétaire général sur le mode de publication des travaux de la Société.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Symptômes et diagnostic des endocardies.

Leçon recueillie par M. le docteur Chéron, revue par le professeur.

Messieurs,

Il n'y a pas une question qui offre autant de difficultés pratiques que le diagnostic des endocardies. Je les ai distinguées en deux classes au point de vue uniquement séméiologique, et je vous ai dit qu'il y en a qui sont ulcéreuses et d'autres qui sont verruqueuses. Mais cette division n'est bonne que pour la séméiologie, car, étiologiquement, toutes les endocardies sont équivalentes, j'y ai assez insisté pour ne pas y revenir.

En clinique nous pouvons supposer une infection microbique brutale comme dans la pyémie (en comprenant sous ce mot les accidents qui surviennent à la suite des traumatismes chirurgicaux), comme dans l'état puerpéral; alors les microbes s'accrochent pour ainsi dire à l'endocarde et donnent des manifestations rapides, parfois foudroyantes. Soit, au contraire, une endocardie rhumatismale qui, au point de vue de la gravité, est placée à l'autre bout de l'échelle, on aura alors des accidents dont la

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — LA FAMILLE DANS LA SOCIÉTÉ ROMAINE, *étude de moralité comparée*, par Paul Lacombe.

Ce volume est le septième de la Bibliothèque anthropologique. Comme ses prédécesseurs, il est remarquable par des recherches et des études approfondies et consciencieuses. Il a pour objet l'appréciation des mœurs de Rome en ce qui concerne l'union des sexes et le mariage, depuis sa fondation jusqu'au IIIe siècle de l'ère chrétienne. Pour peu que, d'une part, on admette l'importance fondamentale de la question de l'union des sexes et, en particulier, du mariage, question qui contient presque toute l'économie de la société humaine et même de tous les êtres vivants à la surface de la terre, et d'autre part, que l'on reconnaisse la place considérable que le peuple romain a occupée dans notre monde, on doit accueillir le livre de M. Lacombe comme une œuvre d'un intérêt incontestable.

I

Avant d'entrer dans le vif de son sujet, l'auteur a tout d'abord fait une revue sommaire de tous les peuples au point de vue qui l'occupe, afin d'en tirer pour l'étude spéciale des Romains un terme de comparaison, « une sorte de thermomètre moral qui

bénignité tiendra à la nature très humaine du microbe, si l'on peut parler ainsi, et la marche sera lente.

Comment, direz-vous, il y a analogie complète entre cette dernière endocardie et l'endocardie foudroyante? Certainement.

Quand, jusqu'ici, on a soutenu cette idée que le rhumatisme n'était pas une maladie microbique, on s'est trompé du tout au tout. Si, en effet, dans une endocardie rhumatismale, on ne trouve pas de microbes, cela peut tenir à ce que les colonies sont rares; ensuite on peut les déceler en faisant une culture pure avec les végétations verruqueuses de l'endocarde. On peut alors recueillir le microbe et reproduire la maladie.

Ainsi donc les formes cliniques des endocardies sont différentes, si l'étiologie est la même. Etudions d'abord les plus bénignes de ces formes.

Un principe qu'il faut tout d'abord mettre en évidence est celui-ci : on ne s'aperçoit pas du développement de l'endocardie rhumatismale. Cette proposition est admise dans le monde entier.

Cependant cette endocardie est excessivement fréquente. Et qu'on ne dise pas qu'il s'agit là d'une coïncidence comme dans ces cas où il y a à la fois ataxie et lésion du cœur, par exemple. Une si grande fréquence ne peut s'expliquer ainsi, et il s'agit là de maladies de même nature. Chomel, dans le rhumatisme, lorsque médecin et malade ne s'apercevaient de rien, et que la fièvre durait, admettait une fièvre rhumatismale. Il se trompait absolument. C'est à ce moment qu'est intervenu Bouillaud, qui a montré que, dans ces cas, la fièvre dépendait de l'endocardie. Il a fallu ses recherches, celles de Grisolle, de Trousseau, par faire admettre comme démontrée complètement la relation entre la maladie interne et la fièvre en question.

Cette fièvre peut elle-même manquer, et il est fréquent de rencontrer des endocardies qui se produisent sans fièvre. Un malade entre à l'hôpital atteint de rhumatisme articulaire, on ne lui trouve rien au cœur dans les premiers temps de son séjour; puis un beau jour apparaît quelque chose; ce quelque chose s'est développé très doucement, et le malade n'a rien dit,

---

lui permette de mesurer le degré propre à ces derniers. » Toutefois, « il a toujours maintenu, dit-il, dans sa pensée les Romains au milieu de l'histoire générale, parmi les peuples contemporains, parmi les antérieurs et les successeurs. Notant d'un côté ce que Rome avait présenté de spécial, non en vertu d'un génie particulier, ce qui est une entité encore à prouver, mais en vue de circonstances particulières; notant d'autre part ce que Rome avait eu de commun avec la généralité des autres peuples, il a tâché de faire rentrer Rome dans le concert général, à la place précise qui lui appartient; ou encore, si l'on veut, il s'est efforcé de voir avec netteté quel degré elle occupe dans l'ascension civilisatrice, quelle moment elle représente dans la progression générale. » Ces lignes font bien connaître l'esprit qui a dirigé l'auteur.

Nous passerons rapidement sur cette revue des peuples; ce sujet a déjà été exposé aux lecteurs de l'*Union médicale*. Il est vrai que l'auteur l'a complété et rendu plus clair et plus net par des faits plus précis et des considérations nouvelles. Mais le fond reste à peu près le même. Ainsi, on le suivra avec intérêt sur les sujets suivants : La promiscuité primitive; la différence de liberté sexuelle entre l'homme et la femme; l'homme allant de la promiscuité à la monogamie, deux extrêmes entre lesquels se place toute l'évolution: les injonctions faites à la femme par l'opinion publique des mâles de son milieu : polyandrie de tribu, polyandrie de classe ou de clan, polyandrie de famille, etc.; les hommes jeunes à peu près privés de femmes par la tyrannie des forts, tyrannie qu'on observe dans beaucoup de groupes d'animaux; l'inceste courant; le matriarcat, le patriarcat, la polygamie ou polygynie, la monogamie ou monogynie; le rapt et le

car il n'a rien senti. On vient vous dire que le péricarde, l'endocarde, sont douloureux; je proteste absolument, l'endocarde ne l'est en aucune façon. Quand Peter presse avec le doigt sur le pneumogastrique, sur le phrénique, il détermine de la douleur, mais il en provoquerait peut être aussi chez des gens sans endocardies.

Dans ces cas, donc, rien à l'auscultation d'abord, rien à la percussion, rien qui mette sur la voie. Tout évolue en silence. Un beau jour apparaît un petit souffle. Ce souffle, on l'attribue à l'anémie, à la fièvre... Eh bien! c'est le souffle de l'endocardie. Comme autres symptômes fonctionnels, rien; comme autres symptômes physiques, rien, et cependant c'est alors que commence la maladie du cœur. Il existe donc une endocardie absolument silencieuse, et on aura beau explorer, palper, presser la région précordiale, cela sera parfaitement inutile, l'auscultation seule peut servir.

Chez d'autres malades, la physionomie des accidents est bien différente, et les phénomènes revêtent un aspect singulier. Le cœur se met à battre tumultueusement, est atteint de palpitations violentes, il y a une accélération considérable du pouls, et enfin une véritable soif d'air; il n'y a que cela. Il ne faut pas confondre ces cas avec la dyspnée thermique due à la fièvre, car alors il n'y a pas de fièvre On ausculte, et alors on trouve le signe caractéristique sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Je dois maintenant insister sur un phénomène qui est constant dans toutes les endocardies graves, je veux dire la fièvre. Jamais une endocardie grave, ulcéreuse, maligne, n'évolue sans fièvre. Cette fièvre est, de plus, toute particulière. D'abord elle présente cette forme très spéciale qui consiste en différences énormes entre le matin et le soir. Il n'y a pas de maladies produisant des différences semblables, car elles peuvent s'élever à 5 degrés.

Ainsi, un malade aura 41 ou 42 degrés le soir, tandis que, dans la matinée, la température descendra à 37, 38 degrés. Tous les cas sont loin de présenter des oscillations aussi considérables, mais le fait n'en est pas moins à retenir soigneusement. D'autres fois la fièvre est entrecoupée d'un

---

trafic de la femme; l'homme maître de la femme, jaloux jusqu'à la sacrifier, et pourtant la louant, la prêtant! Ici se place une page typique que nous aimons à reproduire :

« La polyandrie, où la liberté de la femme, son égalité avec l'homme sont sauvegardées, n'aurait pourtant pas réussi à moraliser la femme, et par elle, l'accouplement humain. L'auteur de cette belle œuvre, au moins celui qui l'a commencée et menée assez loin, est justement ce mâle polygynique qui tue, vend ou prête sa femme, suivant son intérêt, ses passions du moment, ce mâle si peu contraint, si peu moral pour son propre compte. C'est lui qui a enseigné, inculqué, et rudement inculqué à la femme, la fidélité d'abord; plus tard, quand il a eu de l'imagination, de la prévoyance, les précautions de la pudeur. Je dis précautions, parce que la pudeur n'est d'abord que de la prudence maritale. A un certain moment, en certains lieux, les exigences du mari ont eu un autre effet complémentaire; elles ont mis les parents de la femme en train de moralisation. Ces parents ont été tenus, s'ils voulaient vendre leur denrée (c'est de leur fille que je parle), de la conserver intacte, et de la livrer dans toute son intégrité. Les parents se sont conformés aux désirs du mari, comme le marchand en général vise à répondre aux goûts exprimés du client; rien de plus. Et le système disciplinaire, grâce auquel la vertu féminine s'est à peu près constituée à la longue, s'est trouvé ainsi formé. Exemple non unique, mais frappant, démonstration évidente de cette grande loi simple : « La morale est ce qu'on exige des autres. »

N'est-ce pas une chose curieuse que cette origine de la fidélité conjugale et de la pu-

frisson régulier et qui revêt le même type que celui de la fièvre intermittente légitime. Cela a une haute signification. Cela veut dire, en effet, que le malade est devenu *embolique*. Il se détache de son endocarde des colonies de microbes entourées ou non de thrombus fibrineux, de ces thrombus qui ont fait croire à l'inflammation de la membrane, et ces colonies vont se répandre partout.

Un médecin très distingué de Berlin, Leyden, auteur de travaux très estimés, a étudié attentivement cette fièvre des endocardies. Il est arrivé à en décrire quatre formes différentes.

Premier groupe. — Il répond aux endocardies des processus pyogéniques et septiques. Ces derniers se voient chez les blessés, les opérés, chez les femmes atteintes d'accidents puerpéraux. C'est dans ces cas que l'on observe des accès véritablement intermittents, avec ces énormes différences dont je vous parlais tout à l'heure.

Deuxième groupe. — Renferme les endocardies dans lesquelles il y a des petits frissons erratiques à côté d'une fièvre qui a cessé d'être régulière. Les élévations de température ne sont plus réglées.

Troisième groupe. — Se rapporte aux faits dans lesquels on a constaté l'existence d'une fièvre intermittente sans que, pendant plus ou moins longtemps, il ait été possible de reconnaître une affection quelconque du cœur.

Quatrième groupe. — Ici sont placés les cas où la fièvre intermittente a coïncidé avec des accidents manifestement cardiaques.

Nous arrivons maintenant à l'auscultation si importante. Quand elle fournit des signes, c'est elle seule, en effet, qui tire d'embarras.

Mais, avant de l'étudier, disons un mot de l'état du pouls. Il est accéléré d'une façon énorme. Au sphygmographe, on constate une onde extrêmement élevée, comme sautillante, rappelant jusqu'à un certain point ce que l'on relève dans l'insuffisance aortique, dans la maladie de Corrigan. D'où cela vient-il? Cela vient de ce que l'endocarde est irrité par les microbes.

---

deur? Quant à la définition de la morale, qui termine ce passage, elle renferme certainement d'incontestables vérités historiques, mais nous ne l'admettons point d'une manière absolue; dans ces termes, pour nous, elle est incomplète.

L'auteur nous renseigne ensuite sur les causes qui ont propagé soit la monogynie, soit la polygynie; sur le concubinat, l'esclavage, l'hétaïrisme, la prostitution, l'adultère, le divorce; sur les délicatesses et les raffinements qu'il serait bon ou beau de pratiquer... quand il s'agit d'autrui; les diverses formes de mariage humain; etc.

Chemin faisant, il a pris soin de rectifier plusieurs erreurs, notamment au sujet de la situation de la femme en Egypte; d'insister, ce qui est intéressant, sur la supériorité sociale des peuples d'origine polygynique, c'est-à-dire de ceux où c'est l'homme qui domine; et, ce qui frappe le lecteur, de signaler les avantages de la prostitution pour le développement social de la femme!...

Et il termine cette première partie de son œuvre par l'évolution du mariage vers l'égalité des époux, puis vers l'indépendance des enfants.

II

Pour l'étude et la description des mœurs sexuelles des Romains, M. Lacombe a eu recours à une méthode très sûre. Souvent les sources manquent de sincérité, sont altérées par les préjugés ou les affections des auteurs; ceux-ci voient les faits avec les yeux de leur époque. Etudier mûrement les conditions sociales, le milieu au sein duquel les faits se sont passés et les auteurs ont écrits, interpréter les documents avec l'aide

Tout à l'heure, je vous disais que l'endocarde était insensible; en effet, ce n'est pas par la douleur qu'il répond aux excitations, c'est par une accélération de ses mouvements, ainsi que l'a bien montré M. François-Franck. De là l'accélération cardiaque. Enfin, on a encore noté dans les endocardies une variété intéressante du pouls, le pouls bigéminé.

Je vous ai dit, il y a quelques instants, qu'il y avait dès le début des embolies. Ces embolies sont cérébrales, pulmonaires, etc. L'embolie pulmonaire, quand naturellement elle n'est pas assez volumineuse pour être rapidement mortelle, donne des pneumonies, des hémoptysies, des pleurésies. Tout cela, a-t-on dit, et dit-on même encore quelquefois, se développe sous l'influence de la diathèse inflammatoire! Inutile de vous dire qu'elle n'existe pas, cette soi-disant diathèse. Il y a simplement là des faits d'embolies microbiques qui font la gravité de la maladie et donnent lieu à des manifestations multiples.

Il peut donc survenir dès le début des lésions graves des différents viscères qui emportent parfois le malade en deux ou trois jours.

Venons enfin à l'auscultation. Dans un grand nombre de cas, l'oreille la plus fine, la plus exercée n'entend rien; d'autres fois les phénomènes d'auscultation sont si tardifs qu'on ne peut les constater que la veille ou l'avant-veille de la mort. Comment donc expliquerons-nous qu'un cœur atteint d'endocardie ne donne aucun bruit morbide? D'une façon bien simple. Supposons les colonies et les thromboses qui les entourent accolées à la surface des valvules, près de leur insertion, et tournées dans un sens opposé à celui du courant sanguin, on n'aura alors évidemment aucun phénomène sonore. Ce n'est que si les bords sont atteints qu'il se produit quelque chose; alors l'ouverture est rétrécie ou insuffisante d'une façon suraiguë, alors il y a souffle.

Certains cas évoluent d'une façon toute particulière. C'est ainsi, par exemple, que, le matin, on constate un bruit de souffle presque toujours systolique et presque toujours à l'aorte, et que tout à coup ce bruit de souffle peut disparaître. Le malade est guéri, dit-on quelquefois alors.

---

du bon sens et de l'érudition en les comparant, telle est en somme la méthode que l'auteur appelle la *méthode déductive*. On sent la présence de cette méthode dans tout l'ouvrage que nous avons sous les yeux, et qui en reçoit une vive lumière.

L'auteur prend le peuple romain à son début. Il réfute la légende de l'austérité célèbre des premiers temps, historiquement obscurs. Ce sont les Romains eux-mêmes qui se sont décerné ces éloges. Mais cette admiration unanime, dit l'auteur, s'arrête net au seuil des temps où il commence à y avoir des témoignages. Comme tous les peuples, celui-ci a commencé par être sauvage, barbare; il a volé et acheté ses femmes, dont il a été alors le maître absolu et souvent inhumain, et qui étaient traitées comme des esclaves. La femme était ce qu'on appelait *in manu mariti*. Au sexe faible l'austérité était imposée, mais le sexe fort se livrait à tous les libertinages avec les concubines, les esclaves mâles ou femelles, de tout âge... L'enfant, étant également une propriété, s'il gênait, on le tuait, même avant sa naissance; ou bien, le père le vendait pour satisfaire à ses propres besoins ou à ses passions.

Or, à une époque que l'auteur a établie avec beaucoup de vraisemblance, vers le commencement du VI[e] siècle de Rome, la dot a été créée chez les Romains. Il faut lire l'ingénieuse et intéressante discussion de M. Lacombe à ce sujet. Cette innovation a produit des effets considérables. L'homme auparavant achetait, c'était lui maintenant qui était acheté. La femme dotée n'était plus *in manu mariti*; le père qui fournissait la dot conserva sur sa fille la *potestas patria*. Ce fut un aspect tout nouveau, un revirement complet dans l'intimité des familles et dans les conditions générales de la Société. La

Quelle erreur! ce qui s'est passé, le voici : L'endocarde s'est dégagé, la colonie plantée sur les valvules est partie, emportée par le sang, pour aller dans le cerveau, le rein, le poumon, et, bien loin d'être guéri, le malade est mort ou près de mourir.

Pour nous résumer en quelques mots, on peut dire que trois éventualités peuvent se produire quand on ausculte : 1° on ne trouve rien; — 2° on trouve un souffle; — 3° ce souffle disparaît brusquement.

Le souffle que l'on constate est généralement systolique, et a été rapporté à tout, à l'anémie, à la fièvre, tandis qu'il est si simple de le rattacher à sa véritable origine, l'altération de l'endocarde. Quelquefois, le souffle est diastolique, on ne peut plus discuter sur son interprétation, car jamais il n'y a de souffle diastolique dans l'anémie. C'est presque toujours la valvule aortique qui est alors frappée.

Les expériences que nous avons faites avec M. Gley sont confirmatives. Nous avons opéré des chiens de manière à déchirer, à percer les valvules. Nous n'avons pas réussi à faire des endocardies, mais des insuffisances ou même des rétrécissements, quand un caillot venait se fixer. Comme signes, tantôt nous n'avons rien eu, tantôt nous avons constaté un souffle soit diastolique, rarement, soit systolique; enfin, il est arrivé, comme quelquefois chez l'homme, que tout a disparu.

Il nous reste encore pour les signes physiques des endocardies à mentionner la percussion. Elle ne donne pour ainsi dire rien. Il est bien rare, chez des chiens, qu'une hypertrophie diagnostiquable se produise. Il en de même chez l'homme et trop souvent le malade n'a pas le temps d'arriver à l'hypertrophie ou même à la dilatation.

Donc, et c'est là la conclusion à laquelle nous devons arriver après notre étude des signes physiques des endocardies, les ressources que nous fournit l'examen local du cœur sont parfois bien peu importantes pour le diagnostic, et si on n'avait pas la ressource des connaissances étiologiques, très souvent les endocardies passeraient inaperçues.

Les embolies, dont je vous ai déjà parlé, peuvent, dans leur marche,

femme dotée n'entra plus dans la maison conjugale comme une esclave; elle put à son tour répudier, demander le divorce, entrer en lutte avec la concubine. On peut admettre que ce changement prodigieux des conditions sociales a eu un certain retentissement sur la situation de la femme jusque dans les temps modernes.

Du reste, la *potestas patria* ne valait guère mieux que la *manus mariti*. Le père — chose énorme et presque incroyable — pouvait marier, démarier, remarier par force, suivant son caprice, sa fille avec le même homme, et avec tout autre homme! c'est en s'appuyant sur ce pouvoir étrange qu'un célèbre orateur romain, Hortensius, voulant s'allier avec Caton d'Utique, lui demande la main de sa fille, Porcia, qui était mariée et mère de famille. « Il est évident, dit l'auteur, qu'Hortensius n'est venu demander à Caton qu'une chose faisable, non point seulement au point de vue de la loi, mais même de l'opinion; bref, une chose que les honnêtes gens de l'époque faisaient communément. » Caton, pour une raison ou pour une autre, ayant refusé de démarier sa fille, céda sa propre femme à Hortensius. Puis, Hortensius étant mort, Caton reprit sa femme avec un bel héritage que lui laissait son second mari. Eh bien, si, comme on le dit, nous ne valons pas grand'chose de notre temps, nous pouvons affirmer que nous valons mieux que cela!... « La matrone romaine avait donc, dit l'auteur, le cœur, l'honneur et la pudeur, autrement faits qu'ils ne le sont chez nous! »

Il est facile, après tout cela, de comprendre qu'à Rome les divorces étaient si fréquents que ce régime a été appelé avec justice *une polygamie successive*.

Ce qui précède suffit amplement pour permettre d'apprécier la moralité sexuelle des

s'arrêter dans tous les organes. Elles donnent lieu à des infarctus du rein, à des hémorrhagies pulmonaires; elles s'arrêtent aussi dans le foie, la rate, le cerveau.

A ce moment peuvent apparaître des symptômes que l'on rencontre dans toutes les maladies du cœur; les hydropisies, les œdèmes, l'albuminurie, la cyanose et enfin la mort.

Enfin, il faut encore vous signaler un symptôme important : les hémorrhagies rétiniennes. C'est là un élément très utile, ainsi que nous allons le voir, pour le diagnostic.

Ce diagnostic, pour l'endocardie ulcéreuse, doit être fait avec la tuberculose miliaire aiguë, la pyoémie et la fièvre typhoïde.

Ce dernier est si difficile que l'on peut dire que sur trois endocardies, deux sont prises pour des fièvres typhoïdes. Les éléments de distinction seront cherchés dans l'existence du souffle systolique et dans la nature de la fièvre dont je vous ai décrit tout à l'heure les effrayantes oscillations. L'hémorrhagie rétinienne que l'on constate à l'ophthalmoscopie est encore très utile. Elle est due, dans les trois quarts des cas, à des embolies.

La pyoémie semble pouvoir simuler l'endocardie ulcéreuse; cependant dans la première les éruptions cutanées, les hémorrhagies à la peau, l'ictère seront pris en considération. Du reste, on ne sait pas toujours si c'est l'endocardie qui a produit le pyoémie ou si les accidents ont suivi une marche inverse.

Disons-le, en terminant, l'endocardie qui reste, celle qui laisse vivre le malade ne se manifeste nettement qu'à l'auscultation et encore seulement quand l'orifice valvulaire est compromis dans son fonctionnement.

Observation de polydactylie

Présentée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 octobre 1888.

Par le docteur COLOMBE (de Lisieux).

J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris une obser-

---

Romains. Ces faits sont généralement connus; mais notre auteur les a exposés avec eaucoup de talent, et les a accompagnés de commentaires très instructifs, qui souvent eur donnent un aspect nouveau. C'est donc avec un véritable intérêt qu'on le suivra dans certains détails, dont nous devons indiquer les plus caractéristiques.

Par exemple, l'éducation morale des jeunes filles, dont la présence était parfaitement admise aux repas, où, affirme Quintilien, on disait et on faisait toujours des obscénités, et aux théâtres, où des pantomimes choisis parmi les esclaves les plus beaux représentaient, dans les conditions les plus naturelles, l'aventure de Léda surprise par le cygne, le jugement de Pâris, et bien d'autres. On comprend les conséquences d'une pareille éducation pour l'avenir de la femme.

On s'arrêtera aussi sur quelques descriptions relatives aux dîners Romains, qui, tous les jours, duraient toute la soirée. « A l'origine, les femmes dînaient assises... ce furent les courtisanes qui d'abord, vers la fin de la République, se mirent à dîner couchées comme les hommes; puis les femmes honnêtes firent comme les courtisanes.. Il arrivait assez souvent qu'une femme fût placée à dîner près d'un homme étranger à sa famille... Quand un homme et une femme occupaient le même lit, celle-ci ordinairement était par rapport à l'homme placée dans une position qu'on appelait inférieure. Représentez-vous d'abord l'homme allongé sur le flanc, la tête appuyée sur la main et le bras gauches, ayant la table devant lui. Ainsi posé, il tournait le dos à quelqu'un; ce quelqu'un était dit placé au-dessus. La femme allongée devant lui, et lui montrant le dos, était dite, au contraire, *subjecta*.

vation de polydactylie. Parmi toutes les malformations de la main, ce vice de malformation des doigts par excès de développement semble être le plus fréquent. Le cas que j'ai pu observer ne présente rien de particulier par lui-même; aussi ne l'aurais-je pas publié s'il ne m'avait été donné de rencontrer dans la famille de ma malade plusieurs difformités semblables.

Le 25 mai 1888, on conduisait à la consultation du dispensaire une petite fille, Marguerite M..., âgée de 15 mois. L'enfant avait sur le bord cubital de chaque main un doigt surnuméraire. Ces doigts pourvus de deux phalanges bien formées étaient reliés au bord cubital de la première phalange de l'auriculaire par un petit pédicule. Rien de particulier du côté des orteils. La mère de l'enfant qui l'accompagnait avait six doigts à chaque main et six orteils au pied gauche; le pied droit ne comptait que cinq orteils. Les doigts surnuméraires étaient articulés sur le cinquième métacarpien; l'orteil présentait la même insertion sur le pied.

La mère conduisait son enfant pour que l'on fît disparaître sa malformation. Je fis une ligature sur le pédicule, et, avec des ciseaux, je sectionnai au-dessus de la ligature. Il y eut néanmoins. à l'un des doigts flottants, une petite hémorrhagie qu'il fut facile d'arrêter par la compression.

Il y a trois ans, j'accouchai une femme qui mit au monde un petit enfant ayant à chaque main un doigt surnuméraire attaché par un pédicule charnu au bord cubital de l'auriculaire. Cet enfant était le cousin germain de ma petite malade. J'avais donc vu dans la même famille, où, soit dit en passant, il n'y a pas eu de mariages consanguins, trois individus atteints de polydactylie. En recherchant si parmi les ascendants je ne trouverais pas de difformité semblable, j'appris qu'une arrière-grand'tante de ma malade avait eu six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied. Les autres membres de la famille ne présentaient pas de malformation.

Le tableau ci-joint résumera l'histoire de cette famille au sujet de la polydactylie :

Première génération. — Une tante de A (deuxième génération) aurait eu un doigt surnuméraire à chaque main, et un orteil surnuméraire à chaque pied.

Deuxième génération. — 6 enfants : A, B, C, D, E, F. Tous exempts de difformités.

Troisième génération. — A a eu 4 enfants : Clémentine a un doigt surnuméraire articulé à chaque main et un orteil surnuméraire articulé au pied gauche; Marie, exempte de difformité; Amélie, exempte de difformité; Blanche, exempte de difformité.

« Voyons un peu la toilette des dames : elles se décolletaient pour aller dans les dîners, comme pour aller au théâtre. Nous les avons donc là, tête nue, bras nus, épaules nues... La robe est attachée sur les épaules d'une manière si libre, qu'elle peut par suite d'un geste, d'un mouvement de bras, remonter d'un côté et descendre de l'autre à mi-sein et même plus bas. Cette robe est sans manches, échancrée sous le bras de telle sorte qu'on voit, quand le bras se lève, le creux de l'aisselle, toujours épilé en prévision. A l'autre bout de la personne, les pieds sont nus... les jambes nues... Par dessus sa robe, la femme portait un manteau, la palla; une fois couchée à table, elle dégageait son buste de la palla... La robe est encore à considérer de plus près, c'est un fourreau long, fait, les trois quarts de l'année, en ce pays chaud, d'une étoffe légère... la femme est en réalité habillée d'une chemise...

« Les convives étaient quelquefois un peu trop nombreux; il fallait se serrer sur les lits..., etc., etc.

Ovide conseillait aux dames de ne pas s'enivrer, et surtout de ne pas s'endormir à ces dîners : « Beaucoup de choses indécentes arrivent habituellement à celles qui dorment. » Il se flattait d'avoir lui-même parfois profité de l'occasion; et ses conseils s'adressaient aux femmes de la meilleure société !

Tout en regrettant de n'avoir pu donner que de pâles et courts extraits des nombreux, riches et intéressants matériaux que renferme le livre de M. Lacombe, nous ne croyons pas avoir besoin d'insister davantage sur ces faits. En résumé, avec l'éducation donnée aux jeunes filles, les scènes crument naturelles des théâtres, la licence des

B, C, D, E, F ont eu des enfants exempts de difformité.

Quatrième génération. — Clémentine a 3 enfants : Gabrielle a un doigt surnuméraire pédiculé à chaque main; Jeanne et Albertine, exemptes de difformité.

Marie a 1 enfant exempt de difformité.

Amélie a 5 enfants exempts de difformité.

Blanche a 2 enfants : L'aîné a eu un doigt surnuméraire pédiculé à chaque main; le jeune est exempt de difformité.

Cette observation vient à l'appui d'un fait établi depuis longtemps, à savoir : que la transmissibilité héréditaire domine toute l'étiologie des difformités de la main.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Le docteur Wolkoff a observé à l'hôpital de Starkoff un cas rare de *pneumonie intermittente d'origine palustre.*

Le sous-officier P..., âgé de 26 ans, entra à l'hôpital, le 24/IV, se plaignant d'une forte douleur dans le côté gauche, accompagnée de dyspnée et de toux fatigante. Un mois auparavant le malade avait eu, dans l'espace de huit jours, plusieurs accès de fièvre intermittente. Le dernier accès a eu lieu deux jours avant la douleur qui l'amenait à l'hôpital. Dans les antécédents du malade, on ne trouva ni refroidissement, ni traumatisme. Temp. 40°1; pouls 120. Murmure vésiculaire accentué, accompagné de râles sifflants peu nombreux dans le poumon droit; dans le poumon gauche, des râles sifflants au sommet et une masse de râles crépitants à la base; l'expectoration était rouillée, gluante, striée de sang, la rate augmentée de volume était douloureuse à la pression. A la suite de l'administration de l'ipéca en tisane acidulée, d'une pommade narcotique en frictions et d'une compresse chauffante sur le côté, une amélioration considérable survint le soir du même jour : la température s'abaissa à 37°5, la dyspnée disparut, les râles devinrent moins nombreux. Mais les phénomènes se renouvelèrent le lendemain ; des micrococcus ont été trouvés dans l'expectoration.

Le 26. — Amélioration.

---

dîners, les grandes richesses des patriciens, le nombre immense des esclaves parmi lesquels les Romains trouvaient à volonté la jeunesse et la beauté pour assouvir leurs passions, et l'enivrement des conquêtes et de la puissance, l'immoralité sexuelle était arrivée à son apogée à Rome, et une profonde réaction était nécessaire, imminente. Alors le christianisme s'est emparé de la civilisation.

Quoi qu'on ait pu dire, et malgré des faits regrettables, on ne saurait méconnaître l'action énergique de la religion nouvelle contre l'impudeur sociale. Le christianisme a puissamment modifié, sinon le fond, au moins la surface des idées sexuelles. Il a soustrait aux regards ce qu'elles avaient de trop dévoilé, soit dans le monde, soit dans les temples. Les organes, nobles parce qu'ils procréent l'homme, sont devenus les organes honteux. L'acte créateur, divin, objet de la vénération de l'antiquité, a été impur, coupable ! La réaction a dépassé le but. Comme toujours, *in medio stat virtus*. Mais la réaction, quoique peu mesurée, a porté de bons fruits, et il n'y a pas à craindre qu'elle aille jusqu'à l'impuissance humaine !

Nous rendrons compte prochainement du huitième volume de la bibliothèque anthropologique, qui a pour titre : *L'évolution de la propriété.*

Dr G. Richelot père.

Le 27. — Nouvel accès.

Le 28. — Disparition complète des phénomènes douloureux et rétablissement rapide.

Quinze jours après, P... eut un accès de fièvre intermittente (forme diarrhéique).

De cette observation l'on voit que la pneumonie intermittente sans être traitée par le sulfate de quinine peut se terminer par la résolution, en dépit de l'opinion admise, d'après laquelle le malade meurt dans ce cas. (*Med. Oboz.*, n° 14, 1888.)

— Le docteur Noïchewsky, à Dunabourg, a observé, dans le cours de quatre mois, 46 cas de rétinite pigmentaire, dont 32 étaient accompagnés d'un affaiblissement plus ou moins grand de la mémoire, allant jusqu'à la cécité et surdité verbale de quelques lettres. Quelques-uns commencèrent à bégayer dès le début de la rétinite. (Procès-verbal des séances de la Société médicale de Dunabourg, 1888.) — Dr Olga KRAFT.

COURRIER

— M. P. Schutzenberger, professeur de chimie minérale au Collège de France, est élu membre de l'Académie des sciences (section de chimie), en remplacement de M. Debray, décédé.

— MM. Texier, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, et Sézary, professeur à ladite Ecole, sont nommés membres du Conseil académique d'Alger.

RÉORGANISATION D'UNE ECOLE DE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Loi du 14 décembre 1888*.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé une Ecole de service de santé militaire, dont le siège sera désigné ultérieurement par un décret.

ART. 2. — La date de l'ouverture de l'Ecole et les conditions requises des jeunes gen pour y être admis seront déterminées par décrets et décisions du ministre de la Guerres

ART. 3. — Au sortir de l'Ecole du service de santé militaire, les élèves de cette Ecole pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissant en outre les autres conditions spécifiées par les règlements ministériels, entreront de droit à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

ART. 4. — L'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce continuera à recevoir, comme par le passé, outre les élèves sortis de l'Ecole de médecine militaire et dans une proportion déterminée par le ministre de la Guerre, des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, à condition que les uns et les autres n'aient pas dépassé les limites d'âge fixées par les règlements et aient subi, avec succès, les épreuves des concours dont le ministre de la guerre arrête les programmes.

Les jeunes gens ainsi admis à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires contracteront, comme les élèves de l'Ecole du service de santé militaire, l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé, à partir de leur promotion, au grade d'aide-major de deuxième classe.

ART. 5. — A l'effet d'organiser l'Ecole du service de santé militaire, il est ouvert au ministre de la guerre, au titre de l'exercice 1888, un crédit supplémentaire de trente mille cinq cent cinquante (30,550 fr.), répartis entre les chapitres ci-après :

Chap. 10. — Ecole militaire (personnel), 5,312 francs.

Chap. 28. — Habillement (matériel d'exploitation), 2,470 francs.

Chap. 44. — Ecole militaire (matériel), 22,768 francs.

Total, 30,550 francs.

Il sera pourvu à cette dépense au moyen des ressources générales du budget de l'exercice.

ART. 6. — Par contre et comme compensation partielle, il est annulé, au titre de l'exercice 1888 (Chap. II. — Personnels hors cadres ou non classés dans les corps de troupe), un crédit de trois mille cinq cent vingt francs (3,520 fr.).

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 14 décembre 1888.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Guerre,

C. DE FREYCINET.

Le ministre des Finances,

P. PEYTRAL.

ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. — Après une longue discussion, le Sénat a adopté, à une forte majorité, le projet de loi du gouvernement relatif à l'assainissement de la Seine par le déversement des eaux d'égoût sur le territoire d'Achères.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — *Séance de rentrée.* — La séance solennelle de rentrée de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie et de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, ainsi que la distribution des prix aux étudiants en médecine et en pharmacie, ont eu lieu le samedi 3 novembre 1888, à une heure, à l'Ecole des sciences et des lettres, rue Voltaire.

M. Benoît, inspecteur d'Académie à Nantes, présidait la séance.

Au bureau siégeaient ; M. le docteur Laënnec, directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie ; M. Larocque, directeur de l'Ecole des sciences et des lettres ; M. Voisin, proviseur du Lycée de Nantes ; M. le docteur Malherbe, père, professeur à l'Ecole de médecine; M. le docteur Chenantais, professeur à l'Ecole de médecine ; M. de Bigault-Casanove, professeur d'histoire à l'Ecole des sciences et des lettres; M. le docteur S. Leduc, professeur à l'Ecole de médecine, chargé du discours de rentrée; M. le docteur Albert Malherbe, professeur à l'Ecole de médecine, chargé de faire le rapport et de proclamer les prix.

M. Giraud, procureur de la République ; M. Cothereau, secrétaire général de la préfecture de la Loire-Inférieure ; M. Fée, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé militaire ; M. le directeur de la 22e circonscription pénitentiaire ; M. Clériceau, adjoint au maire de Nantes ; M. le pasteur Dartigue ; MM. Poitevin et Chenot, médecins vétérinaires à Nantes ; plusieurs fonctionnaires et magistrats et MM. les professeurs des deux Ecoles assistaient à cette séance, à laquelle avaient été conduits des élèves de la division supérieure du Lycée.

Après une allocution de M. l'inspecteur d'Académie et un discours très applaudi de M. le professeur Leduc, M. le professeur Albert Malherbe a lu le rapport sur les concours et examens de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie et a proclamé les prix obtenus par les élèves.

Etudiants en médecine de première année. — Deux premiers prix *ex æquo* à MM. Filaudeau (Marie-Paul-Gaston), né le 2 février 1868 à la Roche-sur-Yon (Vendée), et Lapeyre (Louis-Numa-Marie), né le 16 octobre 1869 à Nantes (Loire-Inférieure).

Quatre seconds prix *ex æquo* à MM. Le Coquil (Yves), né le 17 janvier 1867 à Plonevez-du-Faou (Finistère) ; Lenoir (Olivier-Léon-Claude), né le 15 novembre 1867 à Nantes (Loire-Inférieure) ; Leray (Henri-Auguste-Marie), né le 12 octobre 1867 à Redon (Ille-et-Vilaine), et Letourneau (Georges-Stanislas-Alexis-Marie), né le 24 juillet 1869 à Nozay (Loire-Inférieure).

Accessits (livres) à MM. Loréal (Auguste-Paul), né le 20 janvier 1866 à Chantenay-sur-Loire (Loire-Inférieure) ; Roy (Paul-Léon-Gabriel), né le 26 mars 1868 à Saint-Pierre-du-Chemin (Vendée).

Mention honorable à M. Gaston (Joseph-Pierre-Marcel), né le 16 juin 1867 à l'Ile-d'Yeu (Vendée).

Etudiants en médecine de seconde année. — Un premier prix à M. Poirier (Gurval-Marie-Salomon-Joseph), né le 6 juin 1861 à Guer (Morbihan) ;

Un second prix à M. Korb (Samuel), né le 20 février 1865 à Mommenheim (Bas-Rhin)

Etudiants en médecine de troisième année. — Premier prix avec félicitations à M. Guépin (Ange-Jean), né le 16 octobre 1866 à Bordeaux (Gironde). M. Guépin porte un nom cher à bien des titres non seulement aux médecins, mais à toute la population nantaise. En qualité de médecin, nous nous félicitons grandement de voir M. Guépin suivre les traces de l'homme illustre auquel Nantes va bientôt élever une statue.

La seconde composition due à M. Neveu est excellente et telle qu'on pouvait l'attendre de cet élève distingué. Elle est cependant un peu moins complète dans la partie anatomique que le travail de son coucurrent. La partie histologique, très bonne dans son ensemble, contient quelques inexactitudes.

Second prix à M. Neveu (Victor-François-Xavier), né le 4 juillet 1864 à Aizenay (Vendée).

Etudiants en médecine de quatrième année. — Un premier prix à M. Guimbretière (François-Alexis), né à Vallet (Loire-Inférieure) le 7 juin 1857 ;

Un second prix à M. Bichon (Charles-Auguste), né à Chémeré (Loire-Inférieure) le 12 avril 1856.

Concours pour les prix de clinique. — Un premier prix *ex æquo* à MM. Cheneau (Edmond-Clément), né le 14 mars 1862 à Gorges (Loire-Inférieure) ; et Sureau (Henri-Gabriel), né le 25 mars 1865 à Chemillé (Maine-et-Loire).

Un second prix *ex æquo* à MM. Guimbretière (François-Alexis), né le 7 juin 1857 à Vallet (Loire-Inférieure) ; et Leray (Alfred-Alexandre), né le 30 avril 1867 à Nantes (Loire-Inférieure).

Concours dans les hôpitaux. — A la suite de concours ouverts à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 22 octobre dernier pour l'internat et l'externat, ont été nommés :

Internes : MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brindeau, Allaire, Briançeau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau, Neveu-Dérotric.

Internes provisoires : MM. Sourdille, Bellouard, Tulasne.

Externes : MM. Loréal, Lapeyre, Retaillau, Muller, Lenoir, Texier, Galard, Guilbaud, Le Coquil, Acher-Dubois, Trémant, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien, Léissen.

Prophylaxie de la syphilis dans la marine. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil de santé de la marine, vient d'adresser aux vice-amiraux, préfets maritimes, etc., une circulaire les invitant, conformément aux vœux émis par l'Académie de médecine dans la discussion sur la syphilis, à redoubler d'attention et de sévérité pour la prophylaxie de cette maladie.

Le Conseil de santé s'est conformé aux vœux de l'Académie. Il estime seulement que les conférences à faire aux troupes sur les maladies vénériennes ne sont pas pratiques.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 9 janvier 1889, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

—Le docteur Gallois vient de publier à la librairie J.-B. Baillière et fils, la 4e édition de son **Formulaire**. Cette nouvelle édition, enrichie de près de 1,400 formules nouvelles, est au courant des plus récentes enquêtes de la thérapeutique. L'ouvrage reste néanmoins un Formulaire de poche, commode par son format et facile à consulter, grâce au plan suivi et aux dispositions typographiques adoptées. — Prix, cartonné : 3 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

Diagnostic, marche, pathogénie de la maladie d'Addison.

Un homme, âgé de 54 ans, couché au n° 39 de la salle Jenner, entré au commencement du mois de novembre dans le service, où il avait déjà été soigné en avril 1886, est atteint d'une affection doublement intéressante, en ce qu'elle est d'un diagnostic difficile, et qu'on a assez rarement l'occasion de l'observer, en France, du moins. Il y a actuellement près de trois ans qu'elle a débuté (janvier 1886) : depuis cette époque, les symptômes initiaux ont été en s'accentuant, cet homme est assurément plus malade aujourd'hui qu'en 1886, mais il est malade de la même façon, rien ne s'est ajouté aux symptômes développés dans les premières semaines ; ceux-ci ont varié dans leur intensité, non dans leur nature, ni dans leur siège.

Le premier phénomène qui a frappé l'attention du malade est une diminution très notable des forces, assez prononcée pour le forcer, au bout de peu de temps, à suspendre ses travaux. En second lieu, et dans un délai très rapproché du début, ont paru simultanément la toux et des douleurs épigastriques : celles-ci ne se faisaient d'abord sentir qu'à l'occasion de la toux, plus tard elles sont devenues spontanément ; quant à la toux, elle a varié un peu de fréquence, elle a été plus souvent sèche qu'humide, mais n'a présenté, en somme, rien de particulier. Après quelques semaines sont venus des vomissements, tantôt alimentaires, tantôt bilieux, pas très fréquents, répétés cependant un assez grand nombre de fois, puisque ce sont eux qui ont poussé le malade à entrer à l'hôpital : alors l'appétit a diminué, l'amaigrissement a commencé. A ce moment aussi se sont fait sentir des douleurs lombaires, qui, comme celles de l'épigastre, n'ont pris que graduellement une certaine intensité : au début, il fallait des mouvements pour les provoquer ; plus tard, elles sont devenues spontanées. En somme, un grand affaiblissement, des douleurs lombo-épigastriques, des vomissements, de la toux : c'est tout ce qu'on constate, aujourd'hui comme autrefois.

Evidemment, c'est le début d'une affection cachectisante, mais laquelle ? S'agit-il de *tuberculose pulmonaire ?* Il y a simplement des râles de bronchite, d'abondance variable d'une semaine à l'autre, et l'examen bactériologique des crachats donne un résultat négatif. D'un *cancer de l'estomac* ?

L'examen de la région intéressée est stérile, et d'ailleurs les douleurs épigastriques et la fréquence des vomissements ont subi, après quelques jours de traitement, une diminution rapide, inconciliable avec l'idée de cancer. De *diabète?* L'analyse de l'urine y montre l'absence du sucre. De *leucocythémie?* Avant l'apparition des phénomènes caractéristiques de cette maladie, on n'observe souvent que la perte des forces; mais l'état du sang ne permet pas de s'arrêter à cette hypothèse : car, en avril 1886, il contenait 3,800,000 globules rouges par millimètre cube, et 10,000 globules blancs, ce qui donne un rapport de 1/380, s'écartant bien peu de la normale, satisfaisant pour un homme malade depuis quatre mois. De *pseudo-leucémie?* Elle commence, en effet, par l'affaiblissement, et souvent par la toux, mais s'accompagne de tumeurs ganglionnaires multiples et volumineuses qui n'existent pas ici. D'*anémie pernicieuse*? Elle aussi début e insidieusement par la perte croissante des forces, mais l'analyse du sang ne permet pas de soupçonner le début de cette maladie, dont l'hypothèse est insoutenable quand le nombre des globules rouges dépasse 1 million et demi. Du reste, les analyses actuelles du sang, en confirmant les analyses antérieures, justifient pleinement l'élimination précédente : car, le 9 novembre 1888, les globules rouges étaient au nombre de 2,725,000, et les globules blancs au nombre de 35,000; le rapport est donc de 1/78, rapport anormal sans doute, mais dans l'explication duquel il faut tenir compte de ce que cet individu est malade depuis trois ans, a été mal nourri, s'est fatigué et qui n'arrive pas d'ailleurs à la proportion caractéristique de la leucocythémie. De plus, il faut remarquer que cette altération du sang n'est pas fixe ici comme elle l'est dans la leucocythémie et l'anémie pernicieuse : sous l'influence du repos, du traitement, de l'amélioration de l'état général, la composition du sang présente un changement favorable : car, le 21 novembre, après trois semaines de séjour à l'hôpital, il y a 2,787,500 globules rouges et 25,000 globules blancs, le rapport est devenu égal à 1/112, donc le sang s'est amélioré. Remarquons encore que la configuration des globules rouges est bonne, et que leur richesse en hémoglobine (8 p. 100 en 1886 et maintenant) est satisfaisant.

Quelle est donc la maladie qui débute par l'affaiblissement sans lésion locale, et continue par les douleurs lombo-épigastriques et les vomissements? C'est la *maladie d'Addison* ou *maladie bronzée*, à laquelle M. Jaccoud a proposé, il y a déjà longtemps, de donner le nom d'*asthénie surrénale,* pour rappeler son principal symptôme de début et son siège anatomique. Donc, quand un individu se plaint de diminution des forces sans souffrances localisées d'abord, et que peu à peu apparaissent les autres symptômes énumérés plus haut, on doit soupçonner la maladie d'Addison, à laquelle on ne pense guère parce qu'elle n'est pas fréquente, mais qui existe cependant, et qui se caractérise définitivement par la coloration de la peau; les difficultés du diagnostic augmentent quand la pigmentation anormale, au lieu de se montrer deux ou trois mois après le début de la maladie, paraît seulement au bout de huit ou neuf mois. La mélanodermie ne doit pas être cherchée seulement sur les parties découvertes, sur les mains et la face, mais partout; ainsi, chez notre malade, la coloration bronzée du visage est un signe sans valeur, car il est originaire des Basses-Pyrénées et cuisinier de son état. Chez lui, la pigmentation a débuté par le scrotum et la verge, qui ne sont pas simplement bronzés, mais noirs; de plus, les régions cervicales antérieure et postérieure ont une

coloration brunâtre; sur les parties latérales de la poitrine se voient de larges plaques pigmentées; on trouve une zone moins accusée au-dessus du pubis; la face dorsale des mains et des avant-bras est anormalement colorée. Enfin, phénomène assez rare, les muqueuses sont intéressées ici : la conjonctive oculo-palpébrale présente une teinte ardoisée au niveau de son cul-de-sac inférieur, la face interne des joues offre des tâches de même couleur, la voûte et le voile du palais ont une coloration ardoisée uniforme qu'on retrouve sur toute l'étendue de la face dorsale de la langue. Il n'y a pas, chez cet homme, de mélanodermie dans d'autres régions, de sorte que les parties non colorées sont plus nombreuses que les autres, la pigmentation n'est pas générale.

Ainsi, des symptômes caractéristiques de la maladie, les uns sont positifs, les autres négatifs. Les premiers sont l'asthénie, les vomissements, les douleurs à l'épigastre et dans la région lombaire, avec ou sans irradiations vers les parties voisines : c'est cet ensemble qu'Addison désignait sous le nom d'*état constitutionnel*. La coloration brune est presque toujours secondaire : sur 144 cas, dans 6 seulement (4 p. 100), elle a été ou a paru être primitive. Au sujet de la mélanodermie, l'observation a fait rectifier l'assertion classique d'après laquelle elle se distinguerait des autres colorations anormales par l'absence de démangeaisons, par sa généralisation, par son uniformité; ces deux derniers caractères, sur lesquels on a tant insisté, sont vrais dans la majorité des cas, mais non constants, souvent la mélanodermie présente au début une disposition tachetée passagère, et celle-ci peut être permanente jusqu'à la fin; c'est ce qui existe chez cet homme, où la coloration s'est si peu généralisée qu'on pourrait hésiter dans le diagnostic s'il n'était aidé par l'état des muqueuses. Restent deux autres symptômes positifs, qui ont moins de valeur que les précédents, mais dont il faut connaître la possibilité, d'autant plus que le plus important est de connaissance récente : apyrétique le plus souvent, la maladie d'Addison peut présenter temporairement, et à plusieurs reprises, des périodes de fièvre indépendantes de toute complication, fièvre limitée (39° est son maximum), irrégulière, continue pendant plusieurs jours ou rémittente, le plus souvent intermittente vespérale; le second symptôme, moins important, exceptionnel, est une diarrhée rebelle. Quant aux symptômes négatifs, ils résultent de l'absence de certains phénomènes, absence bien remarquable dans une maladie aussi cachectisante et aussi funeste : on n'observe ni hémorrhagies, ni albuminurie, ni glycosurie, ni leucocytose, ni cette altération du sang qu'on trouve dans les anémies graves; dans les cas douteux, cette absence peut aider à la conclusion diagnostique. L'amaigrissement même dépend de la manière dont l'individu est traité : s'il travaille, si son alimentation est insuffisante, il maigrira; mais s'il se repose, s'il est dans de bonnes conditions hygiéniques, l'émaciation n'aura pas lieu, la mort pourra survenir sans marasme.

La durée moyenne de la maladie d'Addison est de un à deux ans, le plus grand nombre des décès se placent dans les premiers dix-huit mois; mais elle peut marcher beaucoup plus vite, tuer en moins de six mois, et on a voulu établir une relation entre la gravité de l'affection et l'absence de coloration bronzée. Existe-t-il donc des cas de maladie d'Addison sans cette coloration? Oui, et les symptômes englobés sous le nom d'*état constitutionnel* sont assez nets pour permettre le diagnostic en son absence, l'autopsie montre les mêmes lésions que dans les cas où la mélanodermie existe. Sur

un relevé de 30 cas, 19 avec coloration, 11 sans pigmentation anormale, la durée de la maladie a été bien plus longue dans les premiers (23 mois, en moyenne) que dans les seconds (4, 8 mois) : la coloration brune ne fait donc pas la gravité du mal. On a prétendu, avec quelque vraisemblance, que, s'il n'y a pas eu de coloration brune dans les cas à durée courte, c'est qu'elle n'avait pas encore eu le temps d'apparaître, et qu'il faut quatre à six mois pour qu'elle se produise; toutefois, cette proportion ne doit pas être regardée comme une règle absolue; dans un cas où la maladie d'Addison a tué une femme âgée de 20 ans en quatre mois, la coloration brune existait six semaines avant la mort, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de l'affection.

Comment meurt-on dans cette maladie? Ordinairement par les progrès de l'affaiblissement, à moins de complication, d'association morbide; l'inanition a, dans la terminaison fatale, une part plus ou moins grande, suivant la fréquence et la persistance des vomissements. Parfois ce sont des accidents cardiaques, lipothymies, syncopes, qui amènent la mort, sans que l'autopsie révèle aucune lésion matérielle du cœur. Dans un cas, la mort est survenue par acétonurie et coma croissant, comme chez les diabétiques, mais sans glycosurie. Souvent enfin la mort est due à une maladie associée; car c'est à peine si, dans un tiers des cas, la maladie d'Addison est primitive, isolée; dans les deux autres tiers, elle est associée à une maladie cachectisante, tuberculose (69 fois sur 100 cas d'association morbide), scrofule (23 p. 100), cancer (8 p. 100), développée simultanément ou tardivement. Chez notre malade, on n'a pas le droit d'affirmer la tuberculose, puisque la recherche des bacilles est négative, que l'expectoration est dénuée de caractères, que les signes pulmonaires ont à peine augmenté en trois ans; d'autre part, la maladie s'est trop peu aggravée pendant ce laps de temps pour qu'on puisse admettre l'existence d'un cancer, bien qu'on trouve dans les aines des ganglions grossis et indurés, ce qui est en rapport avec le cancer, notamment avec le cancer abdominal; le malade a aussi une glande à la partie supérieure de l'aisselle droite, ce qui n'a pas lieu de surprendre, car, au nombre des lésions dont la maladie d'Addison peut s'accompagner, figure le gonflement des ganglions bronchiques et mésentériques; rien d'étonnant à ce que les ganglions inguinaux et axillaires puissent également s'engorger, c'est un retentissement de la maladie d'Addison sur les ganglions, un gonflement glandulaire d'ordre pigmentaire; les phénomènes de catarrhe du sommet du poumon peuvent ainsi être attribués à l'augmentation de volume des ganglions bronchiques.

On peut affirmer aujourd'hui que les capsules surrénales sont toujours lésées dans la maladie d'Addison; les discussions qui, à diverses époques, se sont élevées à ce sujet, sont venues de ce qu'on voulait toujours trouver dans les capsules la lésion spéciale décrite par Addison, et qui est de la tuberculose (tubercules ou état caseux); on la trouve dans la majorité des cas, mais non toujours, et toutes les lésions capsulaires doivent entrer en ligne de compte, y compris la simple atrophie, de sorte que les symptômes morbides sont en rapport avec le siège de la lésion, et non avec la nature. Un relevé publié en 1885 par Lewin, et portant sur 304 observations de maladie d'Addison suivies d'autopsie, montre les capsules toujours altérées d'une façon quelconque ; elles étaient altérées seules dans 169 cas, conjointement avec la tuberculose pulmonaire dans 65 cas, avec la tuberculose

généralisée dans 15 cas, avec d'autres altérations de nature diverse (cancer et autres) dans 55 cas.

La pathogénie soutenue par Jaccoud dès 1864 et 1866 a été et est encore universellement admise; la lésion des capsules surrénales agit, non par elle-même, mais par l'influence qu'elle exerce sur les ganglions semi-lunaires, sur le plexus solaire, qui est situé entre les deux capsules et représente le centre du grand sympathique abdominal; ces ganglions ont été souvent trouvés lésés d'une façon quelconque, quelquefois ils sont intéressés au niveau de leurs ramifications intra-capsulaires. La relation entre les lésions des ganglions et les symptômes observés pendant la vie s'explique aisément. Ceux-ci sont en rapport avec les connexions qui existent entre les nerfs pneumogastriques et le plexus solaire, d'où l'explication des douleurs d'estomac, des symptômes cardiaques et même respiratoires. Quant à la coloration bronzée, elle est sous la dépendance de l'influence trophique exercée par les ganglions semi-lunaires sur les téguments. Cette coloration a été pendant longtemps considérée comme résultant d'une hypergenèse de pigment sur place, d'une activité propre des cellules du corps de Malpighi; mais cette idée n'est plus soutenable depuis les travaux de Renaut (de Lyon) et autres auteurs, qui ont montré que le pigment vient du sang, et qu'il est apporté aux parties superficielles de la peau par les cellules migrantes du chorion chargées de pigment, ainsi que par les globules blancs du sang également chargés de pigment. Ce travail est préparé par une lésion de la tunique adventice de tous les petits vaisseaux de la partie pigmentée, et même de la tunique moyenne des artères plus grosses; autour de ces vaisseaux altérés se fait une extravasation de globules rouges, d'où les cellules migrantes tirent leur pigment : en somme, le fait initial est la lésion de la paroi vasculaire, suivie de thromboses et d'extravasations.

P. D.

Du corset de Sayre

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 8 décembre 1888.

Par P. Duroziez.

Nous avons parlé ici, il y a quelques mois, des difficultés que nous rencontrions dans l'application de ce corset en suivant les règles primitivement imposées par Sayre; il paraît s'en être écarté, d'après ce que nous a dit notre distingué et sympathique collègue de Valcourt; il a probablement été saisi par quelques obstacles; les malades ne s'habituaient pas vite à être pendus, il a supprimé la pendaison; le corset irritait la peau; il a de suite coupé le corset dont il a fait deux valves. Nous n'avons pas, en la matière, l'autorité de dire qu'il a eu tort; mais nous avons eu un succès complet en nous fiant à sa première parole.

C'était chez une jeune fille de 20 ans qui présentait une saillie de la colonne vertébrale au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. On avait en même temps diagnostiqué un kyste du ventre; la circonférence au niveau de l'ombilic mesurait 92 centimètres; nous l'avons ramenée à 67; il n'y avait pas de kyste, mais de la péritonite tuberculeuse. A l'aide de nombreux vésicatoires, du lait et de l'eau, nous avons supprimé des vomissements incessants, des douleurs très vives et l'ascite.

La colonne vertébrale était encore très douloureuse et la station debout impossible. Nous nous mîmes en mesure d'appliquer un corset de Sayre. Il nous fallut plus de vingt jours pour atteindre les vingt minutes de pendaison exigés pour le temps d'application. M. Aubry se chargea de la pose; nous l'aidâmes. Dix minutes se passèrent à prendre les mesures sur la malade maintenue debout, mais non pendue; il ne nous resta que dix minutes de pendaison au bout desquelles il fallut étendre la jeune fille qui se trouvait mal; la consolidation du corset était suffisante. Pendant deux ou trois jours il y eut de la gêne; mais tout se calma et la malade put marcher, sortir sans douleur. La santé générale s'affirma et devint tout à fait bonne; jamais cette jeune fille ne s'est si bien portée. Nous coupâmes le corset, trois mois après l'avoir posé. Ici se présentent quelques difficultés. Nous avons tracé une ligne au milieu, en avant et en arrière; puis, à l'aide d'instruments piquants, nous avons creusé une rigole de plus en plus profonde, et à la fin nous avons employé des ciseaux; cette opération est assez pénible et délicate. Enfin, il a fallu reconstituer le corset; il a fallu percer des œillets et les garnir; nouvelle difficulté. On se tromperait si on croyait tout cela facile. Le résultat est excellent. La jeune fille ne ressent plus aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée; la colonne vertébrale est droite. La jeune fille se trouve guérie. Nous maintenons le corset jour et nuit pendant un mois; puis, elle le mettra le jour seulement et reprendra la vie ordinaire.

La guérison est-elle complète? Nous l'espérons, l'avenir nous répondra.

Cette jeune fille a des ganglions cervicaux qui n'ont pas suppuré. En somme, c'est une scrofuleuse qui a quelques bacilles dans les vertèbres; s'il y en a dans les poumons, ils n'y ont pas produit de grands ravages; nous n'avons pas trouvé de signes. L'ascite n'est pas devenue purulente et a guéri. Nous n'avons pas désespéré, nous avons eu raison. Cette guérison de l'ascite nous a surpris. On avait cru à un kyste qu'on voulait opérer; nous n'avons jamais eu motif d'y croire.

Le corset de Sayre nous a rendu grand service, mais l'application est difficile, telle du moins que Sayre la faisait autrefois. Il a cherché à atténuer les obstacles; n'a-t-il pas, en même temps, atténué les effets? Après le beau résultat que nous avons obtenu, nous renoncerions difficilement à la méthode ancienne, malgré les pierres que nous avons trouvées à chaque pas sur cette route pénible, mais qui mène au succès. Pour sortir d'embarras, il faut avoir des aides intelligents. M. Aubry a posé le corset d'une façon irréprochable et nous avons trouvé chez une sœur de notre jeune malade une habileté précieuse.

BIBLIOTHÈQUE

Aide-mémoire de guerre des officiers du corps de santé militaire de réserve et de l'armée territoriale, par le docteur A. Chassagne. — Paris, bureau du *Journal l'armée territoriale*, 1888.

Nous ne saurions trop engager nos confrères, appartenant à un titre quelconque à l'armée ou pensant devoir s'y rendre un jour, à lire et à relire ce petit, mais précieux livre du docteur Chassagne. Ils y trouveront résumées et présentées de la manière la plus claire les multiples notions qui leur permettront, au jour de la grande lutte, de remplir leur devoir d'une façon complète.

Il ne suffit pas au médecin devenu militaire de savoir son métier de chirurgien et d'avoir du courage, il faut encore qu'il connaisse la manière de diriger son ambulance, de réquisitionner au besoin les objets de première nécessité; il faut enfin que, de médecin civil, il devienne médecin militaire.

L'ouvrage du docteur Chassagne renferme toutes les indications désirables et, ce qui n'est pas à dédaigner, peut s'emporter avec facilité dans la poche du dolman. — P. C.

LA SYPHILIS ET LA PROSTITUTION DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HYGIÈNE, LA MORALE ET LA LOI, par le docteur H. MIREUR. — Deuxième édition. Paris, G. Masson, 1888.

L'ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première, M. Mireur étudie les mesures de prophylaxie publique de la syphilis indépendantes de la prostitution. Il conseille de réprimer l'exercice illégal de la médecine, de ne pas refuser le traitement aux vénériens comme le font les grandes entreprises privées et des Sociétés de secours mutuels, de créer des consultations gratuites et des dispensaires spéciaux nombreux, d'éviter avec le plus grand soin de confier des enfants syphilitiques à des nourrices saines, de se servir surtout de cow-pox pour la vaccination, d'éviter la communauté des objets usuels. La circoncision pratiquée dans un but hygiénique est une excellente pratique.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'exposé des mesures de prophylaxie publique de la syphilis relatives à la prostitution et se termine par un projet de règlement qui, s'il était adopté, remplirait peut-être quelques-uns des *desiderata* de cette question si difficile.

Le livre de M. Mireur est un des meilleurs qui aient été écrits, dans ces derniers temps, sur l'étude de la prostitution au point de vue médico-légal. Il a, du reste, reçu le prix Vernois en 1887. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Sur l'opportunité de la pleurotomie, par le docteur CARDARELLI. (In *Il progresso* et *La Rasegna di scien. med.*, octobre 1888.) — Il faut, dit l'auteur, avant d'intervenir en chirurgien, être bien certain de l'existence et de la qualité de l'exsudat pleurétique et faire, dans ce but, une ponction exploratrice.

Cela fait, il reste quatre conditions dans lesquelles la thoracentèse s'impose comme une nécessité :

1° En présence d'une quantité excessive de liquide dans la plèvre et lorsqu'il y a menace d'asphyxie;

2° Quand la cavité pleurale est remplie complètement chez un malade qui peut, malgré cela, n'en point souffrir;

3° Lorsque le liquide est purulent, alors même que les malades ne se portent pas plus mal.

4° Quand il y a hydropneumothorax avec troubles du cœur et de la respiration par suite de la compression de la veine cave par l'épanchement pleural.

Il reste encore deux cas dans lesquels on peut discuter la valeur de l'intervention, à savoir :

1° Dans les pleurésies franches guéries, où il ne reste qu'une petite quantité de liquide;

2° Dans les pleurésies aiguës avec forte fièvre, douleur vive et formation rapide du liquide.

Dans ces deux cas, l'auteur n'hésite jamais et pratique immédiatement la thoracentèse.

S'il reste une fistule, le docteur Cardarelli propose l'opération d'Estlander, mais il la trouve inutile dans le plus grand nombre des circonstances.

Cinq cas de grossesse extra-utérine, par le professeur FASOLA. (*Ann. di Ost. e Gin.*, 1888, n°s 4 et 5.) — Dans la clinique obstétricale florentine dirigée par le profes-

seur Chiara, de 1883 à 1885, sur 1,565 grossesses, on put reconnaître 5 cas de grossesse extra-utérine. Dans un de ces cas, qu'il ne fût pas possible de diagnostiquer comme tubaire ou ovarique, on pratiqua l'aspiration vaginale du contenu liquide de l'œuf; plus tard, on fit une série d'applications de courants électriques; ceux-ci déterminèrent de violentes douleurs qui cessèrent brusquement vingt jours après le commencement de la cure. Il survint pendant ce temps une légère hémorrhagie accompagnée de l'expulsion de mucosités utérines et une diminution du volume de la tumeur, qui en même temps devint dure et bosselée.

Dans le second cas, suivi de la mort du fœtus par rupture de l'œuf dans le péritoine, on fit la laparotomie aussitôt après la mort de la mère, et on reconnut qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale parvenue au septième mois.

Les trois autres cas se terminèrent par la rupture du kyste et sans intervention chirurgicale.

Clinique obstétricale de l'Université royale de Gênes, par M. le docteur L.-M. Bossi, libere docente d'obstétrique et de gynécologie. — **Critiques et moyens utiles pour établir le diagnostic de grossesse extra-utérine, à propos d'un cas de grossesse abdominale compliquée d'éclampsie et diagnostiquée seulement au huitième mois de la vie fœtale.** (In *La Riforma*, nos 265, 266, 267, novembre.) — Très bonne leçon, où tous les moyens propres à éclairer le diagnostic toujours si délicat à faire d'une façon précise, sont analysés et présentés d'une façon concise en s'appuyant sur l'autorité des plus grands noms de la science obstétricale. L'auteur insiste sur le degré relativement moins accentué de la suractivité circulatoire des organes génitaux et sur l'involution consécutive des mêmes organes.

Un fait important est tiré des symptômes subjectifs de la patiente, tels que les troubles dans l'urination, dans la défécation, les douleurs abdominales, etc. Ces symptômes ont un caractère de grande instabilité dans les premiers mois à cause de la mobilité excessive de la tumeur.

Un autre fait important, qui n'est pas connu aussi bien que les précédents et appartient à l'auteur, ce sont les douleurs abdominales, soit viscérales, soit péritonéales, durant les mouvements actifs du fœtus. Depaul avait déjà signalé la position plus superficielle des parties fœtales et la forme particulière de la tumeur, dont le diamètre transversal est plus grand que le diamètre longitudinal. Par la chloroformisation, on parvient à faire pénétrer la main dans le vagin et à examiner l'utérus et ses parois; c'est peut-être le moyen le plus pratique de faire un diagnostic exact, si l'on y joint le cathétérisme de l'utérus, qui permet de constater sa vacuité. On peut même supprimer ce cathétérisme et le remplacer, toujours pendant le sommeil anesthésique, par l'examen utérin au moyen de l'index.

La femme qui a fourni au docteur Bossi le sujet de cet important mémoire était âgée de 30 ans, de bonne constitution et déjà mère de deux enfants bien portants. Elle était atteinte d'éclampsie, et c'est en la secourant dans un de ces accès que l'on constata la grossesse extra-utérine dans la seconde moitié du huitième mois avec fœtus vivant. Il fallait, dans cette circonstance, intervenir de suite par une laparotomie, cela s'imposait, ou bien attendre. Le directeur de la Clinique attendit le lendemain. Le lendemain, le fœtus était mort et, onze jours après, la mère le suivait. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

SOMMAIRE : Synovites à grains riziformes. — Traitement des anévrysmes par la ligature. — Traitement des salpingites.

M. TERRILLON, à propos de l'inoculation des grains riziformes, rappelle une observation qui lui est personnelle. Il a présenté, en 1886, un malade chez lequel il avait enlevé un

kyste de ce genre; microscopiquement, les grains ne renfermaient pas de bacilles. M. Martin s'en servit alors pour inoculer des lapins, qui moururent de tuberculose après plusieurs mois. Actuellement, le malade est bien portant. Pour pouvoir affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, il faut donc inoculer.

M. Lucas-Championnière a eu à opérer une femme atteinte à la fois de kyste à grains et de tumeur blanche du genou. Les grains, qui ne contenaient rien au microscope, furent inoculés à des lapins, qui moururent tuberculeux et bacillaires.

M. Reynier et M. Monod insistent sur ce fait que les bacilles, quand on en a rencontrés, n'ont été trouvés que dans la paroi des grains.

M. Verneuil fait remarquer que, quant à la rareté des bacilles, les synovites à grains rentrent dans la grande catégorie des tuberculoses cachées. C'est ainsi, par exemple, que les bacilles sont très rares dans les abcès ossifluents. D'autre part, comme sujet à inoculer, il faut choisir le cochon d'Inde qui, quand on a placé la matière dans le péritoine, est franchement tuberculeux le douzième jour.

M. Reynier a fait ces inoculations chez le cobaye et de plus s'est servi de l'intérieur des grains.

— M. Reclus lit un rapport sur un mémoire de M. Brun, relatif à deux cas d'anévrysmes poplités traités par la ligature de la fémorale au catgut.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un forgeron de 65 ans, atteint d'une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde. La bande d'Esmarch sous l'anesthésie et cinq heures de compression digitale ayant échoué à deux reprises, la ligature de la fémorale près du canal de Hunter fut pratiquée et amena la guérison complète.

Chez le deuxième malade, on dut aussi, après échec de la compression, faire la ligature du canal. L'affaissement immédiat fut d'abord suivi de la réapparition des battements et du souffle, puis après huit jours la tumeur diminua de nouveau et la guérison survint.

Ces deux cas ne sont pas isolés. M. Poinsot (de Bordeaux) en a réuni 42, M. Brun en cite 33 où il y eut une suppuration, deux gangrènes et une hémorrhagie. M. Reclus, en ajoutant des cas nouveaux et ceux rapportés par M. Delbet dans la *Revue de chirurgie*, arrive à 82 observations depuis 1880. Ces 82 observations n'ont entraîné que quatre morts et cinq gangrènes étendues; la mortalité est donc de 5 p. 100, tandis que M. Delbet arrive à 18 p. 100. Cette mortalité pourra encore être fortement abaissée. Encore dans les quatre cas de mort, y en a-t-il un qui est dû à une asystolie aiguë survenue le vingtième jour; les trois autres malades ont succombé à des hémorrhagies secondaires. Dans les cinq gangrènes graves, il y avait toujours eu auparavant de longues manœuvres de compression ou de flexion forcée.

On a, encore actuellement, recours aux anciennes méthodes avant de lier l'artère, mais ce ne sont pas là des pratiques innocentes. Il peut survenir des accidents graves, raideurs articulaires, embolies, gangrènes. Les séances sont très douloureuses et très difficiles à supporter, et enfin l'échec survient dans la plupart des cas. Il n'y a que 36 p. 100 de guérison par la flexion, 46 p. 100 dans la compression par la bande d'Esmarch; la compression digitale ne donne qu'un succès sur deux.

Il est probable que quand on se décidera d'emblée aux méthodes nouvelles, on aura beaucoup moins de gangrènes consécutives.

Dans quel point faut-il placer le fil? Il est évident que, pour éviter le double cercle anastomotique de Delbet et les hémorrhagies secondaires, on doit aller le plus près possible du sac. M. Reclus a ainsi opéré un anévrysme de l'artère axillaire avec un succès rapide.

Quant à l'anévrysme poplité, il est très difficile de fixer des limites précises, car il arrive parfois qu'il remonte presque dans le canal. On placera donc le fil au point le plus accessible. Dans les 82 observations recueillies, la ligature a été faite dans le canal, au sommet et même à la partie moyenne du triangle de Scarpa.

Faut-il extirper le sac? M. Reclus est loin d'en être convaincu; et actuellement il faut préférer la ligature qui est très simple et très bien réglée. C'est là la méthode de choix.

M. Lucas-Championnière appuie entièrement les conclusions du rapporteur. Il fait remarquer que l'on ne peut dresser des statistiques sur des faits ainsi recueillis de tous côtés, pris à des chirurgiens qui tantôt font bien l'antisepsie, tantôt la font mal.

Quand on emploie le catgut, la ligature des gros vaisseaux est une opération simple si elle est bien faite.

L'extirpation est, au contraire, une opération laborieuse et difficile. Ce n'est pas la méthode de choix, loin de là, et on ne doit l'employer que si l'on n'a pas mieux.

Dans tous les cas, c'est la ligature au catgut qu'il faut préférer. Il n'y a pas alors élimination du fil, et les cas où cette élimination a eu lieu, que l'on a rangés parmi les opérations antiseptiques, devraient en être retirés.

M. Verneuil a pratiqué plusieurs fois les opérations de douceur dans la cure des anévrysmes. Il affirme que Broca et beaucoup d'autres pratiquaient mal la flexion. Lorsqu'elle est intermittente, elle est très bien supportée, mais n'est pas applicable à tous les cas. La compression digitale est très bonne, mais insupportable pour le malade et les aides. La bande d'Esmarch peut donner lieu à divers accidents quand elle est mal appliquée.

M. Verneuil en est revenu, pour la plupart dss cas, à la ligature pure et simple de la fémorale.

Il laisse ensuite la plaie ouverte et y met de l'iodoforme. Quand il y a de la gangrène, on devrait tenir compte de l'âge. Un de ses opérés, âgé de 80 ans, s'est éteint sans fièvre cinq à six jours après la ligature faite au triangle de Scarpa. Il faut encore songer à l'état du cœur.

Quant à l'extirpation, il la combat absolument et, pour une fois qu'il l'a tentée, il a eu trop de mal pour l'essayer de nouveau.

M. Trélat a actuellement, dans son service, un volumineux anévrysme du creux poplité et serait heureux de se décider à ce sujet. Il n'est pas entraîné vers l'extirpation, mais a assisté aux recherches consciencieuses de M. Delbet à son sujet.

M. Lucas-Championnière a publié deux travaux dans l'un desquels il préconise le catgut antiseptique pour toute ligature, quel qu'en soit le but. Ceci avait déjà été dit par S. Beckel.

M. Trélat a publié un cas d'anévrysme poplité diffus, insidieux dans sa marche, contre lequel la ligature fut faite avec un fil de soie. Ce fil fut éliminé sans qu'il y ait eu l'ombre d'un phénomène de suppuration, mais l'anse et le nœud restèrent dans les tissus. Le malade survécut quatre à cinq ans.

Toutes les ligatures, depuis six ans, ont été faites au catgut. Il faut les pratiquer le plus près possible du sac.

M. Kirmisson a opéré cette année un très gros anévrysme traumatique diffus de l'artère humérale; il a dû placer plusieurs fils et regarde la ligature faite avec eux comme la méthode de choix.

M. Terrier, dans les ligatures de gros vaisseaux qu'il a faites, s'est servi de fils de soie aseptiques et n'a jamais vu leur élimination.

M. Reclus constate l'accord à peu près unanime de la Société sur la question du traitement des anévrysmes. Quant à l'extirpation, il croit, ainsi que M. Kirmisson, que la conduite doit varier selon les circonstances, la présence ou l'absence des collatérales étant alors fort importantes.

— M. Terrier continue la discussion sur le traitement des salpingites et expose les résultats de sa pratique. Il a fait huit ablations des trompes et le plus souvent des ovaires en même temps pour des salpingites simples ou suppurées Dans quatre cas, il s'agissait de tubo-ovarites suppurées; dans un cas d'hémo-salpingite unilatérale; dans deux cas d'accidents nerveux et douloureux excessifs; dans un cas de salpingite avec kystes de l'ovaire.

C'est le plus souvent la laparotomie que l'on doit employer contre les suppurations tubo-ovariennes dont la symptomatologie est difficile à fixer.

Chez une de ses opérées de tubo-ovarite droite suppurée, la santé est bonne, mais il y a une tumeur à gauche, probablement l'ovaire et la trompe; cette tumeur est indolore, mais semble augmenter de volume.

M. Terrier ne peut accorder aux lymphatiques un rôle absolu dans la pathogénie ; la théorie de M. Lucas-Championnière n'est vraie que dans des cas exceptionnels.

La solution de continuité qui existe entre l'ovaire et la trompe explique la fréquence de la pelvi-péritonite dans les salpingites.

M. Terrier n'a jamais vu l'adéno-phlegmon. Les symptômes fonctionnels des inflammations des trompes sont très variables et il faut surtout recourir aux renseignements fournis par l'examen direct. Dans certain cas, il faut le pratiquer sous le chloroforme tout en n'employant l'anesthésie qu'exceptionnellement.

Les salpingites suppurées sont les plus graves. Les non suppurées ne nécessitent la laparotomie que quand elles causent de violentes douleurs ou de graves accidents hystériques.

Quoi qu'il en soit, ces affections sont souvent, sinon toujours, d'origine microbienne nécessitent une intervention hâtive quand elles sont suppurées.

FORMULAIRE

Solution contre la dyspepsie flatulente.

Teinture de gentiane........................	}
Teinture de badiane.........................	} àà 4 grammes.
Teinture de noix vomique..................	}
Chloroforme.....................................	1 à 2 —

Mêlez. — 8 à 10 gouttes avant chaque repas, dans un quart de verre d'eau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les sourds-muets aux Etats-Unis. — D'après le professeur Graham Bell, le nombre des sourds-muets aux Etats-Unis augmenterait dans une forte proportion relativement à l'accroissement général de la population. La cause de ce fait regrettable serait que dans la majorité des cas les enfants sourds-muets sont dès leur plus tendre âge placés dans les asiles où on les élève dans le commerce exclusif de leurs pareils. Comme conséquence de cet état de choses on trouve que 95 p. 100 de sourds-muets se marient entre eux et produisent 33 p. 100 d'enfants également sourds-muets. Pour remédier à cet état de choses. M. Graham Bell conseille d'envoyer les enfants sourds-muets dans les écoles ordinaires qu'on pourrait munir à cet effet d'un certain nombre de professeurs s'occupant spécialement de l'enseignement des sourds-muets.

(*Bulletin médical.*)

Le délit de couvrage en Angleterre. — Le Conseil général de médecine, qui surveille l'enseignement médical dans le Royaume-Uni et accorde le permis d'exercer la médecine après obtention des diplômes nécessaires, vient de retirer leur permis a deux médecins jugés coupables de « couvrage ». Ce mot désigne un délit particulier qui consiste dans le fait de s'associer avec une personne non pourvue de diplôme afin qu'elle puisse exercer la médecine. Cette contravention est très commune, mais ce n'est que depuis un an que le Conseil s'est décidé à s'en occuper. Il a obtenu, ce faisant, l'approbation de tous les médecins dont la clientèle se trouvait diminuée par cette concurrence déloyale.

COURRIER

École de médecine militaire. — Le comité consultatif de santé est d'avis que la ville de Lyon offre tous les avantages nécessaires à la création de cette École. Mais la ville de Bordeaux, forte d'une promesse antérieure, ne désespère pas encore d'être choisie, car la question a été de nouveau, à propos de cette ville, portée au comité. On attend avec impatience une décision quelconque. *(Progrès médical.)*

Le phosphore rouge. — Depuis de très nombreuses années la nécrose phosphorée est inconnue à Lyon. On y fabrique cependant beaucoup d'allumettes. Mais M. Cognet, l'éminent chimiste, oncle de notre si sympathique collaborateur Glénard, ayant découvert le phosphors rouge qui est absolument inoffensif, l'a exclusivement employé dans ses usines.

C'est donc dans notre ville qu'a été faite la découverte et l'application hygiénique et industrielle que l'Académie de médecine vient de consacrer par un vote unanime. Comme on a oublié de le dire, le *Lyon Médical* tient à le rappeler ici. Il peut ajouter que dans l'usine Cognet, il y a encore quelques vieux ouvriers de la période blanche qui sont de véritables cyclostomes, et que depuis la période rouge il n'y a jamais eu d'accidents. Félicitons les académiciens de leur vote, et envoyons leur cette longue expérience à jeter dans la balance des législateurs. *(Lyon médical.)*

Absence du corps de santé de la marine dans un diner officiel. — Vif émoi dans le corps de santé de la marine !

Au dernier grand dîner militaire qui a eu lieu à l'Élysée, la marine était représentée par MM. le vice-amiral Krantz, placé à la droite de M. Carnot ; les vice-amiraux baron Duperré et Lafont ; le général de division Dard ; les contre-amiraux Besnard, O'Neill, Gervais ; les inspecteurs généraux de Bussy et Bernard ; le directeur des constructions navales Peschard d'Amby ; le commissaire général Fournier ; l'inspecteur en chef Portier. Seul, de tous les services militaires ou marins, le corps de santé de la marine n'était pas représenté à ce dîner, alors que le service de santé de la guerre y assistait en la personne de MM. l'inspecteur général Colin, le médecin inspecteur Baudouin, membre du comité consultatif, et le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur de la 7e direction au ministère de la guerre.

Ce fait cause dans les ports une impression pénible, dont il sera difficile d'atténuer l'effet. *(Tablettes des deux Charentes.)*

— Les papetiers ne sont pas encore sur le point de manquer de travail, si nous en croyons les chiffres suivants : l'année dernière, les journaux du monde entier ont absorbé plus de 1,200 millions de kilogrammes, dont 240 millions ont été employés à écrire. Si, à ces poids, nous ajoutons 135 millions de cartons ou de tentures et 700 millions d'emballages, nous arrivons au chiffre fantastique de près de deux milliards et demi de kilogrammes pour la consommation totale du globe. La somme représentée par cette consommation annuelle est de près de deux milliards et demi.

Cours de gynécologie. — M. le docteur Doléris a commencé le lundi 17 décembre, 12, rue de Navarre, à quatre heures, un cours de gynécologie portant sur les inflammations de l'appareil génital. Il continuera ses leçons les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

MM. Duboué (de Pau) et Mathias Duval ont entretenu l'Académie de médecine des injections dans le système sanguin, mais non dans le même but. M. Duboué préconise les injections intra-veineuses d'eau dans le traitement du choléra, et M. Duval l'injection des veines par les artères pour les rendre plus visibles dans les dissections. Ce procédé est celui qu'a employé d'une manière si remarquable M. Lejars, prosecteur à la Faculté, et M. Duval a fait, au sujet du travail de ce jeune anatomiste, un rapport très élogieux.

Le travail de M. Duboué a une certaine importance au point de vue de la doctrine admissible en matière du traitement du choléra; il pense, en effet, comme on l'a soutenu récemment au sujet de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, qu'on ne pourra combattre efficacement le choléra au moyen de vaccins et que ce n'est pas dans cette voie qu'il faut chercher. M. Duboué est-il plus dans le vrai en pensant qu'il faut faire pénétrer dans le système circulatoire l'eau qui manque à la masse du sang? C'est à l'avenir de répondre.

Encore un nouveau microbe et une nouvelle maladie microbienne, l'hémoglobinurie, ainsi que M. Babès l'a démontré, mais chez le bœuf seulement.

— La cause pendante entre Bordeaux et Lyon est résolue en faveur de Lyon, qui recevra la succession de Strasbourg, c'est-à-dire la nouvelle Ecole du service de santé militaire. Ce n'est qu'après une enquête longue et sérieuse que le chef de la direction de la santé au ministère de la guerre, puis le Conseil supérieur de santé, puis le ministre de la guerre, enfin le conseil des ministres se sont prononcés en faveur de Lyon; il y a donc tout lieu de croire que le choix est bon et que les résultats en seront excellents. Cela ne diminue en rien, naturellement, le mérite de Bordeaux, dont les médecins chargés de l'enquête ont admiré la belle organisation. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet. — L.-H. P.

REVUE CRITIQUE

Emploi du thermo-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales.

Bénigne, en elle-même, l'hypertrophie des amygdales est souvent grave par les conséquences qu'elle peut avoir : le nasillement de la voix, la dureté de l'ouïe, le retour incessant d'amygdalites aiguës, qu'elle déter-

mine chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant, ne sont guère que désagréables ; mais la gêne de la respiration, le rétrécissement de la cage thoracique, les troubles de l'hématose, dont la fréquence a été établie par Dupuytren sont des phénomènes autrement sérieux, susceptibles de nuire au développement physique, et même intellectuel, des jeunes enfants, chez lesquels s'observe surtout l'hypertrophie amygdilienne. Aussi, la nécessité de soigner celle-ci le plus tôt possible ne fait de doute pour personne : il faut seulement être fixé sur le meilleur mode de traitement.

Les moyens médicaux, locaux (alun, nitrate d'argent, teinture d'iode) et généraux (huile de foie de morue, amers, médication iodurée), suffisent ordinairement contre l'amygdalite chronique simple ; mais il n'en est plus de même quand les glandes sont hypertrophiées, et le traitement chirurgical doit alors intervenir : du moment où les amygdales viennent à se toucher par leur bord libre, ou simplement à faire une notable saillie hors de leur excavation naturelle, il est indiqué d'en faire l'ablation. Or, trois procédés ont été mis en usage pour cette opération : la ligature, l'emploi de l'instrument tranchant, la cautérisation. La ligature n'a jamais eu de succès, même entre les mains de Chassaignac et de Maisonneuve, qui tentèrent en vain d'appliquer, sur l'amygdale, l'écraseur linéaire et le serre-nœud. Au contraire, l'emploi de l'instrument tranchant a, jusqu'en ces dernières années, conservé sa vogue des premiers jours, et, sans établir ici de parallèle entre le bistouri et l'amygdalotome, qui tous deux ont leurs partisans, ou plutôt leurs indications respectives, on peut dire qu'ils représentent le procédé de choix pour la résection des amygdales. Cependant, il est de connaissance ancienne que, s'ils constituent dans la majorité des cas, une méthode innocente et suffisante, l'un et l'autre échouent dans quelques circonstances ou causent des accidents, dont le plus redoutable est l'hémorrhagie. Sans doute, l'écoulement sanguin est presque toujours très limité et facile à arrêter chez l'enfant; mais, il est si fréquent, et parfois si grave, chez l'adolescent et chez l'adulte, que de Saint-Germain a pu écrire avec raison : « Il faut éviter d'enlever les amygdales passé dix-sept ou dix-huit ans; on ne doit le faire que contraint et forcé, appuyé sur une indication absolue, sans quoi l'on risque des accidents, dont le plus grave est l'hémorrhagie. » Que sera-ce si le sujet est hémophile, ou si les vaisseaux de l'amygdale sont développés outre mesure et gorgés de liquide par l'inflammation? Dans ce dernier cas, non seulement la perte de sang peut être fort grave ; mais le tissu de la glande peut être si friable qu'il se déchire par lambeaux sous la pression de l'instrument. D'un autre côté, l'enchâtonnement des amygdales en rend la recherche par le bistouri ou l'amygdalotome tellement pénible, que souvent on est réduit à les ébarber, pour ainsi dire, à n'en enlever qu'un fragment insignifiant. Si, par malheur, on tombe sur une concrétion calculeuse de l'amygdale, elle peut briser l'anneau de l'amygdalotome. Enfin, en supposant qu'aucun de ces accidents ne se soit présenté, on n'est pas toujours à l'abri des récidives : car il n'est pas rare d'observer qu'une amygdale, dont on a enlevé seulement la partie accessible aux instruments tranchants, reprenne, au bout d'un certain temps, son volume primitif.

Telles sont les circonstances dans lesquelles bistouri et amygdalotome se montrent insuffisants ou dangereux. Elles sont exceptionnelles, dira-t-on; mais il suffit que de pareilles éventualités existent pour qu'on donne la préférence à une méthode qui permette d'y faire face, de faire disparaître

l'hypertrophie des amygdales enflammées, enchâtonnées ou calculeuses, comme des autres, chez l'adulte comme chez l'enfant : cette méthode, c'est la cautérisation. Son emploi, du reste, n'est pas de date récente; le fer rouge, d'une part, les agents et flèches caustiques, d'autre part, ont été à diverses reprises essayés et préconisés aux lieu et place des instruments tranchants, mais la difficulté d'appliquer à l'amygdale les cautères actuel et potentiels était restée le grand obstacle qui nuisait à l'extension de leur usage. Cette difficulté n'existe plus avec l'emploi du thermo-cautère.

Dès 1881, Krishaber faisait connaître les heureux résultats que lui avait donnés l'application de cet instrument à la cure de l'hypertrophie de l'amygdale. Les médecins qui l'ont imité n'ont eu qu'à se louer de leurs tentatives, si bien que la nouvelle méthode, également recommandée par de Saint-Germain, Verneuil, etc., a pris définitivement sa place à côté des instruments tranchants. Elle est naturellement indiquée dans les cas, cités plus haut, où ces instruments seraient d'un maniement difficile ou d'un usage dangereux; nous n'y reviendrons pas Quant au manuel opératoire, il est des plus simples, comme on va le voir. Il est bon de badigeonner, au préalable, les amygdales et les parties voisines (luette, piliers palatins, base de la langue) avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 ou 20 p. 100, et de renouveler les badigeonnages deux ou trois fois pendant les cinq minutes qui précèdent l'opération; on insensibilise ainsi la région de l'isthme du gosier, et on annihile les mouvements réflexes dont elle pourrait être le point de départ. La tête du malade est fixée par un aide, légèrement renversée en arrière et inclinée du côté où on opère d'abord; la langue est abaissée à l'aide du manche d'une cuillère ou de l'abaisse-langue; de cette façon, la lumière arrive aussi largement que possible sur l'amygdale à cautériser. Alors la pointe la plus fine du thermo-cautère, chauffée au rouge sombre (et non au rouge blanc, pour éviter l'hémorrhagie et le rayonnement sur les parties voisines), est enfoncée de 5 millimètres seulement dans l'épaisseur de l'amygdale, et portée à la même profondeur en trois ou quatre points de la glande, distants les uns des autres de quelques millimètres; elle ne doit pas rester plus d'une à deux secondes en chacun de ces points; il est plus nuisible qu'utile de l'enfoncer davantage, de rapprocher les pointes de feu, de faire exécuter à l'instrument quelques mouvements en divers sens, comme on l'a recommandé.

Ces précautions ont pour but d'éviter tout écoulement sanguin, tout sphacèle du tissu amygdalien, toute douleur consécutive. Presque aussitôt on opère de la même façon sur l'autre amygdale, et le malade peut, après cette courte séance, dont la durée totale ne dépasse pas dix minutes, reprendre immédiatement ses travaux habituels. Au bout d'une heure ou deux, il peut manger sans éprouver de douleur de déglutition. Les jours suivants, il lui suffit de se gargariser avec un liquide astringent, et, suivant l'utile recommandation de M. Verneuil, de s'appliquer sur le cou, chaque matin, pendant cinq minutes environ, une serviette imbibée d'eau froide. Deux séances par semaine, pendant deux ou trois semaines, un mois au plus si les amygdales avaient pris des dimensions exagérées, suffisent à leur faire reprendre leur place naturelle, derrière les piliers palatins.

En somme, rien n'est plus simple que cette petite opération, cette *ignipuncture des amygdales*, que tout praticien peut facilement pratiquer. Elle est si peu douloureuse que les jeunes sujets eux-mêmes, dès qu'ils sont parvenus à la seconde enfance, s'y soumettent de bonne grâce à partir de

la deuxième séance, et que les adultes n'indiquent pas de véritable souffrance. Elle est si innocente qu'elle laisse de suite le malade vaquer à ses occupations, que la déglutition est à peine pénible pendant une heure ou deux, au lieu des douleurs qui suivent l'amygdalotomie pendant les premiers jours, qu'elle n'exige que des soins consécutifs insignifiants. Elle fait subir au tissu amygdalien une modification qui le met à l'abri des inflammations ultérieures, et prévient, en conséquence, les récidives. Avec la chaleur du rouge foncé, elle n'expose jamais à l'hémorrhagie. Elle permet la guérison de l'hypertrophie, quels que soient la disposition anatomique et l'état pathologique des amygdales, quels que soient l'âge et la constitution du sujet. Voilà un ensemble d'avantages qui, appuyés sur un nombre respectable d'observations déjà publiées, doivent attirer l'attention sur cette nouvelle application du thermo-cautère et lui faire accorder la préférence dont elle est digne dans bien des cas.

P. DECAYE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondanoe comprend :

1° Une lettre de M. Mireur (de Marseille), qui se porte candidat au titre de correspondant national:

2° Un pli cacheté de M. Colvis (de Paris);

3° La relation d'une épidémie de diphthérie observée au 12e chasseurs, par M. le docteur André;

4° Un rapport de M. le docteur Benoist sur deux épidémies de variole à Poët-Lavat et Dieulefit;

5° Un travail de M. Tedeschi sur les ferments et les maladies infectieuses;

6° Une demande de vaccin pour la Perse.

— M. MATHIAS-DUVAL lit un rapport sur le travail de M. Lejars relatif à l'injection des veines par les artères.

— M. CORNIL communique, au nom de M. Babès, une note sur l'hémoglobinurie bactérienne du bœuf (lu à l'Académie des sciences).

— M. DUBOUÉ (de Pau) lit un mémoire sur le choléra. En voici les conclusions :

1° Tous les agents capables d'empêcher la dissociation des cellules épithéliales (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, tannin) peuvent jouer un rôle utile dans le traitement prophylactique du choléra;

2° Une fois la circulation interrompue, sur le déclin de la période algide, par suite de la vacuité complète des vaisseaux à sang rouge et de l'immobilité du sang dans les canaux à sang noir, il n'y a qu'une indication urgente à remplir dans le choléra, elle consiste à rétablir au plus tôt la circulation.

Or, ce résultat peut être obtenu par trois procédés : le premier qui a déjà fait ses preuves, mais d'une exécution ou difficile ou impossible, c'est l'*injection intra-veineuse.*

Le second, d'une exécution très facile et mis à la portée de tous les médecins, c'est le procédé de la *trachéocentèse.*

Le troisième, plus brutal, ne peut être employé qu'à défaut de l'appareil instrumental nécessaire à la trachéocentèse : c'est le procédé de la *submersion*, qui consiste à plonger le malade dans de l'eau à la température du corps, pendant deux à trois minutes. Ce procédé ne peut être employé que par les médecins, et seulement dans les cas désespérés et pour ainsi dire *in extremis.*

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1888.

Du 1er au 4 décembre. — Pas de thèses.

Mercredi 5 décembre. — M. Dunn Sterwood : La kolpo-urétéro-cystotomie, nouvelle opération pour le traitement de l'urétéro-pyélite et les dernières méthodes employées pour le diagnostic de cette affection chez la femme. (Président, M. Guyon.) — M. R. Belin : Déviation de la face dans l'hémiplégie hystérique et dans l'hémiplégie organique. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 6. — M. Verdierre : Le choléra en Espagne en 1885. (Président, M. Brouardel.) — M. Niclat : Etude sur une variété de folliculite. (Président, Laboulbène.) — M. Peltier : Contribution à l'étude des exostoses de croissance. (Président, M. Le Fort.) — M. Handijian : Contribution à l'étude du pneumothorax partiel. (Président, M. Peter.) — M. Iscovesco : Néphrite scrofuleuse. (Président, M. Proust.) — M. Gilliard : Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. (Président, M. Grancher.) — M. Mackw : Contribution à l'étude du myxœdème. (Président, M. Ball.) — M. Rigault : Des urines des aliénés. (Président, M. Ball.)

Vendredi 7. — Pas de thèses.

Samedi 8. — M. Chereau : De la tuberculose testiculaire diffuse. (Président, M. Panas.) — M. Barrier : Cure radicale de la hernie ombilicale. (Président, M. Duplay.)

Le 10 et le 11 Décembre — Pas de thèses.

Mercredi 12. — M. Huguet : De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection. (Président, M. Straus.) — Mlle Schultze : La femme médecin au XIXe siècle. (Président, M. Straus.) — M. Sérieux : Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. (Président, M. Charcot.) — M. Valat : Cancer primitif du corps de l'utérus. (Président, M. Verneuil.) — M. Ter-Zaknariantz : Etude physiologique et thérapeutique de l'Eschaltzia californica. (Président, M. Damaschino.) — M. Briend : Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise (oleum cinereum). (Président, M. Fournier.)

Jeudi 13. — M. Schrœder : Des métrorrhagies dans les premiers mois de la grossesse. (Président. M. Proust.) — M. Plichon : Tuberculose des lèvres. (Président, M. Proust.) — M Rooryck : Du béribéri à forme paralytique. (Président, M. Proust.) — M. Fouriaux : Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. (Président, M. Jaccoud.) — M. Millard : Des œdèmes dans la maladie de Basedow. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Bielawski : De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Texier : De la trépanation par évulsion. (Président, M. Duplay.) — M. Vilcoq : Fractures intra-utérines. (Président, M. Tarnier.) — M. Leudet : Essai sur le rétrécissement tricuspide. (Président, M. Peter.) — M. Bertin : Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac. (Président, M. Peter.) — M. Becigneul : De la dissection du cerveau. (Président, M. Mathias-Duval).

Du 14 au 18. — Pas de thèses.

Mercredi 19. — M. Prévost : De la transmissibilité de tétanos par contagion. (Président, M. Verneuil.) — M. Treillard : Contribution à l'étude du traitement de la métrite hémorrhagique. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 20. — M. Courtade : Contribution à l'étude thérapeutique de la digitale dans les affections organiques du cœur. (Président, M. Ball.) — M. Hamon : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire idiopathique chez les enfants. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Decamps : Etude sur les fractures de l'extrémité supérieure du bras (anatomie pathologique, diagnostic et traitement par l'appareil de Hennequin). (Président, M. Duplay). — M. Chanteloube : De l'amputation autoplastique du col (Président, M. Duplay.) — M. Bull : Les verres de lunettes. (Président, M. Panas.)

Vendredi 21. — Pas de thèses.

Samedi 22. — M. Andrerez : De la fièvre typhoïde chez les cardiaques. (Président,

M. Laboulbène.) — M. Puech : Etude sur le traitement du goitre par les injections interstitielles de teinture d'iode. (Président, M. Laboulbène.) — M. Natier : Fièvre des foins, pathogénie et traitement. (Président, M. Bouchard.) — M. Pagès : Contribution à l'étude de la pexine. (Président, M. Ch. Richet.)

Les 24 et 25. — Pas de thèses.

Mercredi 26. — M. Dormand : De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatile. (Président, M. Potain). — M. Gillet : De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur. (Président, M. Potain). — M. Dufour : Contribution à l'étude des auto-intoxications. Des manifestations morbides du surmenage physique. (Président, M. Damaschino.) — M. de Christmas : Recherches expérimentales sur la suppuration. (Président, M. Straus.)

Jeudi 27. — M. Lanscelle : Présentations primitives de la face. (Président, M. Tarnier.) — M. Gorodichze : Du prolapsus de l'utérus gravide. (Président, M. Tarnier.) — M. Despaigne : Etudes sur la paralysie faciale périphérique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Pallier : Des péri-folliculites suppurées agminées en plaques. (Président, M. Laboulbène.) — M. Leriche : Service chirurgical de l'hôpital Isaac-Pereire, à Levallois-Perret. (Président, M. Panas.) — M. Haensell : Recherches sur la structure et l'hysto-génèse du corps vitré normal et pathologique. (Président, M. Panas.) — M. Boutarel : Etude physiologique et thérapeutique sur les eaux de Bourbonne-les-Bains. (Président, M. Proust.) — M. Barbarat : Diagnostic différentiel des éruptions du cuir chevelu dans l'enfance. (Président, M. Proust). — M. Morain : Du céphalématome chez le nouveau-né et en particulier de son étiologie. (Président, M. Proust.)

Vendredi 28. — Pas de thèses.

Samedi 29. — M. Combe : De la transmission de la tuberculose par le lait. De l'hygiène des vacheries. (Président, M. Proust.) — M. Fabre : Contributions à l'étude de la fièvre hystérique. (Président, M. Proust.) — M. Jaugey : De la pleurésie dans la fièvre typhoïde (Président, M. Proust.)

Jusqu'au 31. — La Faculté est fermée.

COURRIER

Laboratoire de chimie et de micrographie médicales. — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc., commencera, le 14 janvier 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les médecins aux manipulations chimiques et microscopiques les plus usuelles que nécessite la profession médicale. Il comprend particulièrement : 1° l'étude chimique et microscopique des urines, des calculs, des sédiments urinaires et des kystes. — 2° l'examen microscopique des parasites de l'homme ; des principaux ferments et moisissures, des bacilles pathogènes. — 3° Les recherches chimiques et microscopiques de l'eau potable, du lait, du vin, des colorants interdits au point de vue de l'hygiène ; du sang, des taches et des substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

On s'inscrit tous les jours de trois à quatre heures au laboratoire, 7, rue des Sts-Pères.

Fin du Tome XLVI (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLVI

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1888.

A

B

C

D

E

F

G

L

M

N

T

U

V

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat